

PARIS VII

ANNÉE 1971

N°

119

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PICOT Jean-Marie, Louis, Bernard

Né le 29 Mai 1943 à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des hôpitaux privés de Paris

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

1971

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ADOPTION DES ENFANTS
PRÉSENTANT DES ANOMALIES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556014_0022

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PICOT Jean-Marie, Louis, Bernard

Né le 29 Mai 1943 à Paris

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux privés de Paris*

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

1971

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ADOPTION DES ENFANTS
PRÉSENTANT DES ANOMALIES**

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE



UNIVERSITY OF LEIDEN

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DE L'ADOPITION DES ENFANTS
PRÉSENTANT DES ANOMALIES

A ma femme

A mes enfants, Odile, Henri et Jean

A mes parents

A ma belle-mère

A la mémoire de mon beau-père

A Madame BARBIER et aux responsables de l'œuvre des Nids de Paris

A Madame CRETIN, directrice de l'œuvre de la Famille Adoptive Française

A tous ceux qui se sont intéressés à ce travail et m'ont aidé dans sa réalisation.

A Monsieur le Professeur Clément LAUNAY

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur MICHON

qui m'a inspiré ce travail et m'a ouvert à la dimension sociale de la Pédiatrie

Qu'il accepte ce témoignage de ma reconnaissance.

A mes maîtres d'externat

Monsieur le Docteur GUENIN

Monsieur le Professeur de GRACIANSKY

Monsieur le Professeur BROUET

Monsieur le Professeur KLOTZ

Monsieur le Professeur FAUVERT

Monsieur le Professeur BOUCHARD

Monsieur le Professeur BONFILS

Monsieur le Professeur MORIN

A mes maîtres d'internat

Monsieur le Docteur GODDE

Monsieur le Docteur MICHON

Monsieur le Docteur ETIENNE

PLAN

	<i>Pages</i>
INTRODUCTION	1
PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS	4
1 – Anomalies neurologiques	4
2 – Anomalies cardiovasculaires	20
3 – Préjudice esthétique	27
4 – Anomalies sensorielles	30
5 – Problèmes d'hérédité	32
6 – Sérologies positives	34
7 – Cas particuliers	36
DISCUSSION	41
CONCLUSION	46

*

*

*

I – INTRODUCTION

Si l'adoption a été un fait admis et pratiqué de tout temps et dans toutes les civilisations, ce n'est qu'au début du 20^e siècle et surtout après la guerre de 1914, qu'un peu partout dans le monde et spécialement en Europe et aux U.S.A., elle s'est développée telle qu'on la conçoit actuellement : geste humanitaire entrant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance malheureuse et effaçant les impératifs financiers ou professionnels qui, bien souvent auparavant, étaient le mobile de l'acte d'adoption.

L'adoption n'était plus alors conçue comme un cadeau splendide, dont l'enfant devait être éternellement reconnaissant, avec une nuance de respect pour cette toute-puissance parentale qui avait bien voulu s'abaisser jusqu'à lui, mais, un don mutuel d'une famille sans enfant à la recherche d'un enfant et d'un enfant sans famille, à la recherche d'un foyer.

Cette évolution a nécessité la structure de lois qui sont allées en se modifiant. Nous n'entrerons pas dans le détail de ce long cheminement qui ne forme pas le sujet direct de notre exposé nous bornant à en rappeler le dernier maillon essentiel qui est la loi du 11 juillet 1966 :

- Il est exigé une différence d'âge de 15 ans au minimum entre adopté et adoptants.
- L'adoption est possible dès que l'un des deux époux a 30 ans et après 5 ans de mariage.
- L'enfant doit avoir moins de 15 ans et pour mettre en route la procédure d'adoption, doit être dans son futur foyer adoptant depuis au moins 6 mois.
- Enfin, l'adoption ne peut avoir lieu qu'en l'absence de descendant légitime.

Les modifications visent à donner aux enfants à adopter des parents de plus en plus jeunes, les rapprochant progressivement d'un cadre familial naturel. Il est bien entendu que nous ne parlons que de l'adoption plénière, la seule, qui, justement, insère complètement l'enfant dans un cadre familial normal.

L'évolution des mœurs et la revalorisation de la notion de famille font, que, de plus en plus, des couples stériles souffrent de leur stérilité. Ne se résignant plus à cette situation, ils envisagent de fonder, eux aussi, un foyer ayant un, ou mieux, plusieurs enfants adoptés. De ce fait, malgré l'élargissement des conditions légales, qui permettent à un enfant d'être adoptable, et de ne plus végéter dans un établissement public ou privé, où, quelle que soit l'excellence des traitements qu'il y reçoit, il lui manquera toujours l'équilibre d'une vraie famille, s'affirme une disproportion qui a toujours existé entre le nombre des enfants adoptables, trop petit, et le nombre trop grand des parents candidats adoptants.

On ne peut envisager l'adoption d'un enfant qu'à partir de l'âge de 3 mois, âge jusqu'auquel les parents naturels (c'est-à-dire, dans la plupart des cas, la mère célibataire), peuvent revenir sur leur décision et reprendre leur enfant. Ensuite, comme nous l'avons dit, il sera en quelque sorte «à l'essai» 6 mois chez ses futurs parents adoptifs qui ne pourront commencer leur démarche, qu'après ces délais.

Nous citerons d'ailleurs ça et là des exemples malheureux où des adoptions ont dû être résiliées à ce stade.

Mais en principe ce laps de temps, donc un minimum de 9 mois, permet de donner une double garantie aux parents adoptants : garantie légale, mais surtout garantie médicale consistant en un examen sérieux et une mise en observation au moindre doute, avec des examens complémentaires pour éliminer les enfants qui ne peuvent raisonnablement être adoptés.

C'est justement sur ce point du «certificat médical» qui donnera le feu vert à l'adoption que va porter notre exposé. Car à l'extrême, on pourrait dire qu'il n'existe aucun critère d'inadoptabilité, et que, dans ce geste, tout de générosité, il ne devrait pas entrer de restrictions mentales. Le certificat peut avoir le regrettable effet d'éliminer des enfants qui posent ou poseront des problèmes, parfois graves, mais qui pourraient se développer dans un milieu familial sain et conscient des difficultés qui se poseront à lui. Néanmoins il ne faut pas voguer dans le domaine de l'utopie et lancer un jeune couple dans l'aventure atroce que peut représenter l'élevage d'un arriéré profond. Tout est affaire de nuances : savoir doser les indications que peuvent fournir les examens complémentaires en sachant qu'une semaine de maternage affectueux et éclairé peut faire progresser un enfant qui stagnait depuis des semaines dans un service hospitalier ou une pouponnière, où pourtant l'enfant était soigné avec amour, mais amour trop partagé.

Margaret KORNITZER déjà en 1959 parlait de ce qu'elle appelait les «Difficult and Unadoptable children» et énumérait quelques uns des problèmes les plus aigus : enfants nés de liaisons incestueuses avec les risques de tares congénitales qu'ils pouvaient présenter, les difficultés d'enquêtes familiales pour s'assurer de l'intégrité de l'ascendance, les adoptés tardivement, les malades neurologiques avec toutes les variétés allant du retard psychomoteur au déficit définitif, les maladies héréditaires, les cardiopathies, les atteintes sensorielles.

Ces cas difficiles, ces cas limites, ces «enfants handicapés» pour les grouper sous un concept unique, vont devoir faire l'objet d'un examen encore plus minutieux, d'une mise en observation suffisamment longue, sorte de période probatoire où l'on pourra suivre leur évolution pendant quelques mois afin de leur donner une chance, à eux qui peut-être, quelques années auparavant, auraient été éliminés d'emblée. Cette «période probatoire» doit être suffisamment longue mais également la plus courte possible pour qu'on n'ajoute pas au handicap réel de l'enfant tous les troubles de l'adaptabilité qu'il pourra présenter à l'insertion familiale dès le second semestre de la première année.

Ayant eu la chance d'être un an dans le service de pédiatrie du Docteur MICHON à l'hôpital Saint-Michel, nous avons eu l'occasion de vivre d'une manière aiguë ces problèmes d'adoption difficile en voyant passer au cours des mois des enfants envoyés par deux œuvres privées d'adoption et chez lesquels un bilan de quelques jours à quelques mois s'est avéré nécessaire pour des raisons diverses que nous énumérerons plus loin.

Nous avons retenu 49 cas particulièrement intéressants :

- 23 posant des problèmes d'ordre neurologiques à des degrés divers, puisque si certains, et c'est la majorité, ont pu être confiés à leurs parents adoptifs et si l'évolution ultérieure dans ces milieux familiaux ont donné parfaitement raison à cette décision, d'autres par contre, ont dû être remis à l'assistance publique sans espoirs d'adoption possible après constatation de lésions définitives qui laissaient mal présager de l'avenir.

- 10 cardiopathies ou enfants ayant posé à un moment donné, dans les trois premiers mois, un problème d'ordre cardiovasculaire.
- 4 handicapés sensoriels.
- 3 enfants présentant de gros préjudices esthétiques.
- 5 problèmes de sérologies positives à la naissance.

Cette classification est assez arbitraire, certains enfants posant plusieurs problèmes à la fois et d'autres éléments pouvant également intervenir, que nous signalerons en cours de route, citant en particulier le problème racial qui s'est posé pour certains de nos enfants.

- Les 4 autres enfants présentaient des affections diverses que nous étudierons successivement.

Nous essaierons de suivre l'évolution de ces enfants dans le temps, en sachant que les renseignements que nous pouvons avoir sur eux, une fois leur adoption entérinée, sont souvent pauvres du point de vue strictement médical ; mais aucun des documents que nous avons eu sous les yeux, aucun commentaire des témoins proches des foyers dont nous parlerons, ne font état de la plus petite restriction mentale, du regret le plus discrètement avoué. Les parents sont tous heureux des enfants qu'ils ont adoptés et assument pleinement leur responsabilité de parents quelle que soit l'importance du handicap de leur enfant. On conçoit bien que l'enquête est délicate chez ces foyers qui considèrent vraiment, et à juste titre, que l'enfant est leur, et qui, le plus souvent inconsciemment, quelle que soit leur reconnaissance vis-à-vis de l'œuvre qui le leur a confié, oublient peu à peu ce qui a été son passé et relâchent les liens avec ce qui les rattacherait trop à lui.

II — PRESENTATION DES OBSERVATIONS

1 — Anomalies d'ordre neurologiques.

Bien que nous n'ayons pas décidé d'adopter un ordre chronologique qui ne permettrait pas de grouper les problèmes de façon parlante, nous commencerons par notre plus vieil enfant, puisqu'il s'agit du petit P.D. qui est né en 1950. C'est pour lui que nous disposons du recul le plus important et que justement l'évolution a la plus grande valeur.

<i>Observation N° 1</i>

Le petit P.D. est né en mai 1950, il pesait 4 Kg. 250 à la naissance et rien d'anormal n'était noté à ce moment. En fait on a peu de renseignements sur la première année de l'enfant, vraisemblablement la mère ne devait pas se décider à l'abandon, et l'enfant passait de mains en mains, de nourrices en nourrices.

On le retrouve à 16 mois ne pesant que 9 Kg. 350 et dans un «grand état de déficience», de gros retards du développement psychomoteur, l'enfant était peu éveillé, ne marchait pas, avait un comportement anormal, une phobie des jouets représentant des animaux et des poupées, des tendances clastiques qui le poussaient à déchirer les papiers et boîtes en carton qui constituaient ses jouets habituels.

Il est d'abord recueilli par une nourrice choisie par une œuvre privée d'adoption. Avec une vitaminothérapie, une ambiance plus affectueuse, ou moins anonyme, il arrive à rattraper un peu son retard puisque, trois mois plus tard, à 19 mois il a pris 1 Kg supplémentaire, mais il se présente toujours comme un débile et a de gros troubles du sommeil.

Ses possibilités d'expression sont très pauvres : quelques gestes stéréotypés : «au revoir et merci», et quelques mots : «maman, non, au revoir». Le niveau global aux tests psychologiques est inférieur à un an, situé à peu près entre 9 et 11 mois, il ne marchait toujours pas et n'avait pas acquis de propreté diurne. Ces tests avaient d'autant plus de valeur que l'enfant était sociable, apprivoisé et leurs mauvais résultats ne pouvaient être mis sur le compte d'un déroulement défectueux de l'examen.

Il entre en pouponnière et 4 mois plus tard on note de gros progrès, les tests donnent des réponses de 15 à 17 mois pour un enfant de 2 ans. Du point de vue sociabilité, il est très affectueux avec les adultes, s'occupant exclusivement de lui mais encore jaloux et agressif avec les autres enfants. Il présente des manifestations de contentement pathologiques provoquant un tremblement très important. Il existe toujours une répulsion pour les jouets à figure humaine.

Malgré tout, devant les progrès constatés dans ce milieu de pouponnière, on décide de faire adopter cet enfant qui avait déjà 2 ans. Il a été confié à un couple ayant un enfant adoptif âgé de 9 ans. L'adoption s'est faite très rapidement. L'enfant a été revu l'année suivante par le psychiatre : les tests de Gesell montrent alors une normalisation remarquable du développement psychomoteur de l'enfant puisque le niveau obtenu le situait entre 30 et 36 mois, alors qu'il avait 33 mois. Les manifestations névropathiques avaient complètement disparu. Il paraissait gai, remuant, le contact était excellent. Il ne gardait plus qu'une seule anomalie : une exagération des gestes quand il voulait exprimer une grande joie, avec un mouvement de retournement des mains.

Devant cette amélioration rapide, de l'éveil en milieu de maternage attentionné, on a pu donner à un enfant qui, à plus d'1 an 1/2, était misérable et d'aspect débile, la chance d'une enfance dans un climat familial normal.

Cet enfant, c'était il y a 20 ans. Il a une scolarité normale, les parents ne se sont plaints d'aucun trouble du comportement, il a été parfaitement inséré dans sa structure familiale et il s'en est même détaché sans problème puisqu'il vient de se marier.

Les autres enfants dont nous allons parler sont dans l'ensemble beaucoup plus jeunes. Malgré un recul moindre des conclusions ont déjà pu être tirées, peut-être pas toutes définitives, mais permettant d'élargir notre expérience dans ce domaine de l'adoption des enfants à problèmes, et, par là même, de donner à de nombreux enfants la chance d'être adoptés, alors qu'une dizaine d'années plus tôt, on aurait été plus timoré.

Nous avons donc retenu 23 enfants posant des problèmes neurologiques, certains mineurs : simple retard objectivé sur les tests de Gesell, d'autres plus sérieux, d'autres enfin obligeant à renoncer à envisager l'adoption (6 enfants dans notre échantillon).

Dans ce cadre assez général et finalement regroupant des symptomatologies très diverses, nous individualiserons deux sous-groupes à la fin de ce chapitre : d'une part les grands prématurés dont le poids de naissance est inférieur à 2 Kg (4 cas) et d'autre part les adoptés tardifs (2 cas).

Observations N° 2 et 3

Nous commencerons par l'étude de deux jumelles C. et B. nées en 1967 et pesant 2 Kg. 280 et 2 Kg. 150, confiées à une œuvre privée d'adoption, elles sont mises en observation au 10^e jour à l'hôpital Saint-Michel. Elles n'avaient pas encore récupéré leur poids de naissance, mais leur croissance pondérale a été rapidement harmonieuse et régulière.

B. présente un petit épisode pulmonaire aigu vraisemblablement viral qui a été rapidement enrayé par corticoïdes et antibiotiques. Aucune anomalie neurologique n'avait été notée à ce moment là, les enfants quittent le service à l'âge de six semaines pour être placées en pouponnière avant d'atteindre l'âge légal de l'adoption.

Rapidement leur éveil laisse à désirer. Un gros retard psychomoteur va en se majorant au cours des mois sans qu'aucune décision ne puisse être prise. Devant cet éveil médiocre, un test de Gesell un peu limité, un placement nourricier est décidé qui ne stimule pas plus ces enfants. Une nouvelle hospitalisation à 9 mois est nécessaire : elles ne tiennent pas assises seules et présentent une hypotonie franche des membres supérieurs et des membres inférieurs. On note par ailleurs un aspect bouffi pouvant évoquer un myxœdème congénital que l'on élimine devant un réflexogramme achilléen normal et un cholestérol à 1 Gr.70 et l'absence de signes radiologiques osseux.

En fait, ces inquiétudes se confirment petit à petit devant l'aggravation des signes du tonus. Ces jumelles ne peuvent tenir assises à plus d'un an, elles n'ont qu'un éveil très limité et toute idée d'adoption devra être rejetée.

Observation N° 4

C.J. est né à terme en mars 1966 pesant 3 Kg. 770. A la naissance il a dû être réanimé pendant 7 minutes.

A un mois, il existe une certaine hypertonie de la nuque, et une attitude en flexion des quatre membres n'est pas entièrement satisfaisante.

A 3 mois, il reste hypertonique et on retrouve encore un réflexe de Moro. Toutes ces anomalies font allonger la période probatoire.

A 6 mois, l'enfant est toujours raide, on arrive difficilement à allonger complètement les jambes sur les cuisses et les avant-bras sur les bras. L'activité motrice est bonne mais un

peu gênée par cette raideur. L'enfant a une préhension correspondant à son âge. Lorsqu'on le prend sous les aisselles il cherche à allonger les membres inférieurs contre le sol. Il tient bien sa tête. Il s'intéresse beaucoup à son entourage. Les Gesell sont toujours très satisfaisants mais l'hypertonie persiste. On note une accentuation de la microcéphalie : 45 cm. au lieu de 55 cm. à 9 mois.

A 10 mois le tonus est devenu satisfaisant aux membres supérieurs, par contre l'hypertonie des membres inférieurs persiste avec un équin en position debout soutenu.

On insiste sur une rééducation intensive en restant réservé sur l'avenir des membres inférieurs. Hésitations qui font encore ajourner l'adoption qu'on décide finalement à 16 mois.

La marche s'installe progressivement, le développement psychologique est normal.

Deux mois plus tard les parents qui avaient déjà adopté une petite fille donnent des nouvelles de l'enfant : il est bien éveillé mais ne parle pas encore.

A 3 ans la scolarité est normale, il se comporte bien en maternelle mais reste moins vif que sa sœur.

<i>Observation N° 5</i>

J.D.M. est né en avril 1970. Il pèse 2 Kg 600, mesure 47 cm 1/2 et présente un périmètre crânien de 34 cm. L'accouchement a dû se produire près du terme, une épreuve de travail s'est terminée par un forceps. L'indice d'Apgar est à 7 à une minute, le cri immédiat. L'enfant au bout d'une heure est un peu pâle et cyanosé, légèrement hypotonique. Le cliché du thorax fait suspecter alors une inhalation amniotique. Il persiste une hypotonie avec des salves de trémulations lors des manipulations qui font mettre l'enfant sous gardénal pendant 10 jours. Les jours suivants, l'état respiratoire s'améliore rapidement, les troubles du tonus vont rapidement s'amender et l'on parle d'examen neurologique normal à 1 mois, l'enfant part en pouponnière pour sa mise en observation.

En dehors d'un épisode infectueux otitique, la croissance et le développement seront toujours satisfaisants et l'enfant est adopté n'ayant gardé aucune séquelle des premières heures mouvementées.

A 7 mois, il donne entière satisfaction dans son foyer adoptif, relève bien sa tête, tient presque assis, bien éveillé, il saisit des objets. A 10 mois, il reste assis et se tient debout seul.

Observation N° 6

N.W. est née en avril 1965, pesant 2 Kg 820, à terme dépassé de quelques jours, présentant donc vraisemblablement des troubles de croissance in utero. Rien n'est signalé sur son premier mois en dehors d'un céphalématome droit intéressant le pariétal et qui se résorbe progressivement.

A l'âge d'un mois, âge auquel l'enfant nous a été confiée, on s'étonne d'un aspect microcéphale avec un périmètre cranien à 33 cm, alors que le périmètre thoracique est à 35 cm.

A 2 mois 1/2, le périmètre cranien est à 34 cm 1/2, le périmètre thoracique à 37 cm. L'examen neurologique fait émettre des réserves et l'on s'inquiète de la persistance d'une marche automatique, d'une hypertonie symétrique des quatre membres, l'électro-encéphalogramme, les radios du crâne et le fond d'œil sont normaux. On décide une encéphalographie gazeuse, mais l'enfant supporte mal l'injection d'air et l'on est obligé d'arrêter l'examen.

La croissance de l'enfant est régulière : elle pèse 4 Kg 260 à 3 mois, l'aspect neurologique se normalise progressivement et en octobre, c'est-à-dire à 6 mois, l'éveil est de plus satisfaisant, le test de Gesell donne des réponses correspondant à 24 semaines et même quelques éléments de 28 semaines.

L'adoption est décidée. A 1 an l'enfant ne présente aucun trouble moteur, s'est bien adaptée à sa nouvelle famille. Depuis tout va bien.

Observation N° 7

C.Y. est née en octobre 1969. Rien d'anormal n'est signalé quant à sa naissance et ses premiers jours, en dehors de la découverte d'une luxation congénitale des deux hanches que l'on traite par un langage en abduction. On remarque également une forme bizarre de la tête : plagio-céphalie qui, au début, n'inquiète pas devant l'éveil très satisfaisant de ce nourrisson aux tests concordants.

A l'âge de 4 mois apparition d'une pneumopathie aiguë, dyspnéisante et fébrile avec opacités pulmonaires bilatérales. Pneumopathie qui se compliquera d'un pneumothorax, mais tout rentrera dans l'ordre en une dizaine de jours.

Il est temps de reprendre l'examen neurologique de cet enfant que l'on veut faire adopter et sur laquelle on émettait quelques réserves. L'aspect de la boîte crânienne reste anormal, l'éveil est bon mais l'enfant est très hypotonique. Finalement on se décide à faire une encéphalographie gazeuse qui amène malheureusement à découvrir une grosse dilatation ventriculaire globale avec large communication entre les deux ventricules faisant discuter d'une agénésie du corps calleux. Devant l'importance de ces lésions, toute idée d'adoption est rejetée.

Observation No 8

B.V. est né en mai 1965, son poids de naissance est de 2 Kg 780. Il avait été confié au Liban où il est né à une pouponnière en vue d'adoption. Dès son arrivée en France à 15 jours il doit être hospitalisé pour déshydratation : il avait perdu 130 grammes en 24 heures alors qu'il ne pesait que 2 Kg 800 et présentait des troubles digestifs à types de diarrhée et de vomissements. La réhydratation ne pose aucune difficulté et l'on ne signale pas de troubles électrolytiques au cours de la réanimation.

Par contre, lors de cette première hospitalisation d'un mois on est déjà choqué par la grande somnolence de cet enfant qui s'endort pendant les biberons. Les réflexes archaïques sont tous présents mais lents. D'autre part il existe une certaine hypertonie. Numération sanguine, culot urinaire, coproculture, calcémie, fond d'œil, liquide céphalorachidien, tout est normal. Le périmètre crânien est de 37 cm 1/2. Un électroencéphalogramme à trois semaines était un peu plat, peu actif, peu différencié dans les états variables de vigilance. Il s'améliore le mois suivant avec une électrogenèse cérébrale beaucoup plus active et l'on conclut à un tracé normal pour l'âge.

En octobre, soit à l'âge de 5 mois, l'enfant est réhospitalisé pour un nouveau bilan, on constate alors que les anomalies neurologiques se précisent : il reste trop hypertonique, le grasping est nettement présent ainsi que le Moro. S'il sourit, mais rarement, et s'il suit bien des yeux, il ne cherche pas à saisir d'objets, ne tient pas sa tête, présente des rejets en arrière en opisthotonos avec exagération de l'hypertonie. De nouveaux examens complémentaires sont pratiqués : fond d'œil, radios du crâne, liquide céphalorachidien, calcémie. L'électroencéphalogramme montre des ondes plus lentes, voltées sur l'hémisphère droit, asymétrie persistant dans le sommeil.

En novembre, il fait une crise convulsive coïncidant avec un épisode fébrile et l'électroencéphalogramme montre alors la présence d'anomalies lentes postérieures droites.

L'enfant va se présenter de plus en plus comme un encéphalopathe et toute idée d'adoption devra être rejetée.

Observation N° 9

A.D. est née en septembre 1969.

C'est une prématurée née au terme de 7 mois 1/2 et pesant 2 Kg 050. Elle a présenté une cyanose qui amène à pratiquer une ponction lombaire ramenant un liquide hémorragique avec 45.000 hématies. L'évolution de cette hémorragie méningée sera rapidement satisfaisante. Mais vu cet épisode on décide de prolonger la période probatoire avant d'adopter.

A 3 mois, on constate des rejets de la tête en arrière, la persistance d'une ébauche de marche alors que le réflexe de Moro et les Grasping ont disparu. Le fond d'œil est normal, le périmètre crânien est de 36 cm. L'enfant est alors placée en pouponnière pendant 6 mois. Outre un épisode de déshydratation rien n'est à signaler.

Par contre à un nouveau bilan vers 10 mois, le retard psychomoteur semble s'être accentué, retard peut-être lié aux péripéties de cette enfant ballotée de services en services, et de pouponnières en pouponnières. En effet, bien stimulée sur le plan affectif, elle se développera rapidement et fera des progrès considérables.

A 48 semaines elle se comporte comme un enfant de 44 semaines, il n'existe pas de signes neurologiques sauf une certaine hypotonie liée sans doute à son obésité secondaire à un régime lacto-farineux préférentiel.

Elle a pu être confiée à des parents adoptants à l'âge de 14 mois. Deux mois plus tard elle donne entière satisfaction, marche correctement et commence à parler.

Observation N° 10

J.N. est né en mars 1969, pesant 3 Kg 650. Il a posé des problèmes dès la naissance, puisqu'il était en état de mort apparente et a dû être réanimé pendant 5 minutes avant de pousser son premier cri. Il présentait par ailleurs une circulaire serrée du cordon.

Un bilan neurologique est demandé à l'âge de 4 mois.

- En décubitus dorsal, l'attitude de l'enfant est symétrique et il mobilise bien sa tête, ses bras s'agitent. Il existe des saccades dans le bras droit, le châte est normal à gauche mais pas à droite. Aux membres inférieurs la mobilité est assez bonne mais il

existe une attitude en batracien. Les réflexes rotuliens sont vifs et diffusés à l'autre côté et ce n'est net surtout qu'à gauche, les réflexes achilléens sont normaux, les cutanés plantaires indifférents. L'extension croisée est absente. A la mobilisation passive les angles des adducteurs sont à 120 et symétriques, les pieds sont très creux. L'adduction forcée entraîne une tension des fascia lata. Il existe une limitation de la rotation interne, l'angle talon-fesse est normal. L'incurvation latérale est beaucoup plus énergique à droite qu'à gauche.

- A plat ventre on note : une raideur des fléchisseurs de la hanche à droite, une raideur des thoraco-iliaques droits, des spinaux, il passe très bien son membre supérieur gauche, on ne note aucun appui à droite.
- En appui sur les membres inférieurs il fait un petit effort de redressement.
- Tenu en suspension latérale, il se relève à droite avec trop d'énergie, rien à gauche.
- En suspension ventrale on note une bonne position de la tête, les hanches sont trop fléchies, l'incurvation latérale se fait à droite.

L'on conclue à un niveau mental normal mais à une atteinte motrice certaine bilatérale et asymétrique. A 6 mois, l'enfant ne tient pas assis mais son éveil est très bon.

Après de longues hésitations et après avoir émis des doutes quant à l'avenir neurologique de l'enfant, on le confie à des parents qui le prennent donc à 6 mois en toute connaissance de cause.

L'avenir semble avoir ratifié ce pari : l'enfant s'est bien développé, il a été revu par un neurologue à qui il donne toute satisfaction, il tient debout à 8 mois. A 16 mois, il pèse 11 Kg500, mesure 82 cm. Il est très actif et saisit des objets avec précision.

<i>Observation N° 11</i>

A.M. est né en janvier 1969. Il est vu à la naissance et rien d'anormal n'est noté à ce moment : il a crié tout de suite, sa coloration est bonne, son auscultation est normale, son tonus satisfaisant.

Il est placé en pouponnière où il continue à donner entière satisfaction en attendant des parents adoptifs qui le prennent à 7 mois.

Ceux-ci (de naturel anxieux, mais l'avenir leur donnera raison) ne tardent pas à s'inquiéter d'une passivité de l'enfant. Ils ont l'impression qu'il entend mal et lui trouvent des gestes maladroits des membres supérieurs. Sa passivité s'est progressivement améliorée au fur et à mesure

qu'il était dans son milieu familial, et la surdité qui paraît bien avoir été réelle a disparu, elle coïncidait, sans doute, avec un encombrement rhino-pharyngé très important qui avait d'ailleurs nécessité une très courte hospitalisation en province quelques jours avant son adoption. Il est à noter que l'examen pratiqué par un pédiatre entraîné et averti de ces problèmes d'expertise avant adoption, n'avait pas, à ce moment, révélé d'anomalie neurologique. Rien d'ailleurs dans les antécédents et le développement de l'enfant n'orientait vers cette pathologie.

Une hospitalisation est alors demandée à 8 mois. On ne peut que confirmer cette hémiplégie que redoutaient les parents : l'enfant s'agite normalement du côté gauche et a peu de mobilité du côté droit, il ne se sert pas de sa main droite, le membre inférieur droit a une mobilité spontanée modérée.

Il est important de signaler qu'au cours de l'hospitalisation, avec les sollicitations du nursing, les constatations cliniques varient d'un jour à l'autre, que cet enfant assez passif mais affectueux est très attachant, acquiert une mobilité normale à gauche, et qu'à droite on obtient une certaine mobilité au membre inférieur et semble-t-il au membre supérieur. Par contre, l'asymétrie faciale se précise de jour en jour à mesure que s'enrichit la mimique de l'enfant.

Les réflexes ostéo-tendineux sont plus vifs à droite ainsi que le signe de Babinski, mais on sait qu'on ne peut en tirer de grands arguments. A droite une hypertonie est nette.

Un électro-encéphalogramme pratiqué à cette période, montre une électrogénèse cérébrale très pathologique comportant une activité hémisphérique droite rythmique dans l'état de veille, celle-ci étant à gauche de type lent, polymorphe, surchargée de pointes ondes répétitives.

Dans le sommeil, on observe une généralisation des pointes ondes toujours dominant dans l'hémisphère gauche.

Une encéphalographie gazeuse est pratiquée, début octobre, montrant une hypertrophie du ventricule latéral gauche, une dilatation des citernes de la base et du troisième ventricule, des anomalies de la région pariéto-occipitale.

L'adoption devra être refusée pour cet enfant qui avait été déjà pris en mains depuis un mois par ses futurs parents. Ce cas est d'autant plus douloureux que l'on ne voit pas à quel moment cet enfant, qui n'avait jamais posé de problème, a subi une agression cérébrale.

D'autres enfants nous ont également posé à un moment de leur évolution un problème d'ordre neurologique, mais plus rapidement réglé, permettant une adoption plus précoce, qui dans tous ces cas s'est avérée le meilleur remède à ces retards psychomoteurs minimes qui le plus souvent étaient à mettre sur le compte de l'hospitalisme.

Observation N° 12

C'est le cas de C.S., prématurée de 2 Kg 400, née au terme de 7 mois 1/2 en mai 1966 et qu'on trouve un peu raide trois mois plus tard, avec un éveil un peu au-dessous de la normale.

L'électro-encéphalogramme et le test de Gesell sont normaux, mais ces discrets troubles du tonus font décider une courte mise en observation d'un mois au cours de laquelle l'éveil sera très satisfaisant : le tonus se normalise, l'enfant joue avec ses jouets.

Elle est adoptée à l'âge de 4 mois, se tient debout dès l'âge de 9 mois, et marchera pour ses 13 mois. Les parents seront ravis de cette enfant bien éveillée qui ne leur pose aucun problème.

Observation N° 13

H.D. est né en mai 1968 et arrive à 10 jours à la pouponnière. On ne signale rien sur ses antécédents périnataux en dehors d'une cyanose transitoire néonatale. Il est bien coloré, a un bon tonus, et son auscultation est normale.

Une anémie hypochrome va nécessiter une transfusion à 1 mois 1/2.

A 5 mois, il tient mal sa tête, le Moro n'a pas complètement disparu, on retrouve une certaine raideur des ischiojambiers et un petit clonus bilatéral du pied qui font ajourner l'adoption.

A 10 mois, Moro et Clonus auront disparu, l'enfant se tient debout avec appui, son éveil est parfait. On a d'ailleurs toujours été satisfait des tests de Gesell.

Il est adopté à 11 mois, commence quelques pas à 14 mois, et marche vraiment seul à 16 mois. Il pèse alors 12 Kg pour 78 cm. Il est très affectueux, a un comportement qui satisfait entièrement ses parents.

L'entourage plus objectif trouve qu'à 2 ans 1/2 il parle peu ne disant que quelques mots. On a pris soin de le confier à des parents de milieu suffisamment équilibré pour ne pas exiger de lui de grandes performances intellectuelles. Nous reparlerons plus loin dans notre conclusion de l'importance de ce choix de parents.

Observation N° 14

P.M. né en août 1967 avait été hospitalisé à quelques jours en raison d'une reprise pondérale un peu lente à se faire. L'examen clinique est satisfaisant à l'entrée. A 1 mois, on trouve l'enfant un peu hypertonique, mais le tonus donnera par la suite entière satisfaction et l'enfant sera adopté à 4 mois, ne posant plus de problème.

Observation N° 15

N.M.C. est née en novembre 1967, est accueillie en pouponnière à 10 jours. Elle a un comportement normal les premiers mois, mais vers 4 mois au moment de l'adoption, on s'inquiète d'un regard un peu fixe qui accroche mal. Ses tests sont pourtant normaux ainsi que les radios du crâne et le fond d'œil.

L'électro-encéphalogramme montrait quelques ondes lentes, mais il est difficile de se prononcer sur la normalité parfaite de l'examen, ce qui fait repousser l'adoption de six mois. L'enfant se comportera bien dans sa nouvelle famille, elle marche à 1 an, elle sera revue lors de l'adoption de sa sœur que l'on fera prendre par la même famille, comme c'est de règle habituellement. Avec un recul de deux ans son aspect et son comportement sont tout à fait normaux.

Observation N° 16

D.C. né en novembre 1968 est hospitalisé à 4 mois pour un retard psychomoteur bien objectivé par le test de Gesell qui, s'il montre une motricité presque normale de 16 semaines se fait le témoin de gros troubles de l'adaptabilité qui correspond à un âge de 8 semaines et se répare mal un mois plus tard.

On entreprend pour cet enfant un placement nourricier qui va permettre un éveil spectaculaire, et c'est sans arrière pensée qu'on le confie à ses futurs parents trois mois après son hospitalisation.

L'avenir a confirmé cette bonne impression, rien d'anormal n'a été signalé à propos de cet enfant.

Observation N° 17

O.C., enfin est né en juin 1968 pesant 3 Kg.

A 10 jours, il est hospitalisé pour déshydratation suffisamment importante pour nécessiter une perfusion pendant 8 jours avec antibiothérapie à large spectre décidée pour une otite bilatérale et infection intestinale à staphylocoque doré.

A 2 mois, l'enfant ne pèse que 3 Kg 600 et présente surtout une hyperexcitabilité et une hypertonie franche aux membres inférieurs, moins nette aux membres supérieurs. L'impression neurologique est assez peu satisfaisante en raison de l'importance des raideurs généralisées et des trémulations.

On le revoit à 8 mois, il persiste des raideurs des membres inférieurs malgré une rééducation attentive et des stimulations minutieuses. Mais son éveil est excellent et après de nombreuses hésitations et en prenant «l'avis de la majorité» on laisse adopter l'enfant. Il est à noter que dans tous ces cas les remarques des infirmières qui voient évoluer l'enfant toute la journée ont une grande valeur pour l'appréciation des déficits réels. Avant de donner le feu vert on souhaite néanmoins que l'enfant ne soit pas confié systématiquement à une famille d'agrégés où une scolarité médiocre risque d'être mal acceptée.

Il est revu deux mois plus tard, à la consultation avec sa famille adoptive. Il a 8 mois, tient bien assis, tient debout avec appui, fait «au revoir». L'impression globale est bonne. Il est bien intégré dans son milieu familial.

Cinq de nos enfants étaient de grands prématurés avec un poids de naissance inférieur à 1.800 grammes.

Observation N° 18

C.M. est née en septembre 1968 pesant 1 Kg 500. Son élevage se fait sans problème mais à 6 mois on lui trouve une activité de 4 mois, en fait, en rapport avec l'âge gestationnel.

On ne la laissera adopter qu'après 1 an, le temps de noter la normalisation des tests de Gesell et le rattrapage du retard psychomoteur. La marche sera tardive, à 18 mois. La propreté

assez longue à acquérir, le langage correct à 2 ans 1/2 avec un développement psychomoteur normal.

A 1 an 1/2 elle pesait 9 Kg 150 pour 75 cm et avait 10 dents.

Observation N° 19

N.M. est née en novembre 1969, elle pèse 1 Kg 785. Elle présentait un curieux physique : faciès un peu aplati avec ensellure nasale. Son examen est par ailleurs normal, la croissance a été satisfaisante car lorsqu'elle entre en pouponnière à 1 mois 1/2 elle pèse 2 Kg 900.

Sa croissance d'ailleurs sera toujours régulière, mais par contre un retard psychomoteur s'affirmera de mois en mois, le Gesell objectivant de gros troubles de l'adaptabilité : A 10 mois, elle a des performances de 24 semaines, se sert très peu de ses bras qui apparaissent courts. Au total devant ce syndrome dysmorphique sur lequel aucune étiquette précise ne peut être mise, et devant cet énorme retard on repousse l'idée d'adoption.

Observation N° 20

L.S. est née en avril 1970 pesant 1 Kg 380. Si l'indice d'APGAR est noté à 7 à 8 minutes, il revient à la normale et l'enfant ne posera pas de problème de réanimation.

Elle récupère rapidement un poids correct et à 2 mois pèse 2 Kg 700. Elle restera longtemps hyperexcitable mais son éveil étant excellent on la fait adopter en novembre 1970, à 7 mois.

En janvier 1971 elle pèse 7 Kg 200, est très joueuse, très éveillée.

Le recul est évidemment très limité.

Observation N° 21

G.L. est né en juin 1968. C'est un prématuré de 1 Kg. 750 qui a présenté dans les premiers jours de la vie une affection des membranes hyalines rapidement résolutive sous oxygénothérapie. A 5 semaines il pèse 2 Kg. 200.

Il entre en pouponnière à l'âge de 2 mois pesant 2 Kg 700, ses réflexes archaïques sont tous retrouvés, son tonus est satisfaisant.

Vers 6 mois on constate une raideur des membres inférieurs rendant impossible l'extension complète des genoux. La tenue de la tête n'est pas encore parfaite.

Deux mois plus tard après rééducation on note dans l'ensemble de grands progrès, mais il persiste toujours des difficultés à l'extension complète des genoux et à la coordination motrice avec quelques mouvements athétosiques. Le Gesell est passable, si l'on tient compte de la prématurité.

Petit à petit le retard psychomoteur qui était d'ailleurs à prédominance motrice va se réparer.

A 16 mois, la marche s'installe, on constate encore un petit flexum du genou, un valgus discret du pied, un retard de 3 à 4 mois sur son Gesell.

Il se pose alors un autre problème pour cet enfant : sa mère célibataire, ayant déjà à sa charge un autre enfant ne se décide pas à l'abandonner bien qu'elle ne se soit jamais dérangée pour le voir et elle attend qu'il ait 2 ans pour donner son accord.

On se trouve alors dans le cadre de l'adoption tardive avec le traumatisme psychologique qu'elle peut entraîner chez un enfant habitué à une vie en pouponnière. Il a été confié à une famille ayant déjà un enfant. L'adoption s'est faite très rapidement. A 2 ans 1/2, il entrait en maternelle, s'y montrait très gai et spécialement habile de ses doigts.

Ce cas nous permet de parler de deux enfants adoptés tardifs pour lesquels de gros troubles caractériels nous inquiétaient :

Observation N° 22

M.B. est né en 1964, comme le petit G.L., il a été ballotté de placement en placement et il est hospitalisé à l'âge de 3 ans 1/2 pour un bilan avant adoption.

Alors que son développement physique a été satisfaisant, il présente de gros troubles caractériels, et vu son passé, c'est l'inverse qui étonnerait. Le langage est pauvre et l'on ne peut éliminer un éventuel retard intellectuel.

Aussi devant la gravité de la décision à prendre et malgré l'inconvénient que représente encore une attente supplémentaire, on tente une dernière expérience en le plaçant chez une nourrice connue attentionnée : il s'agit d'une femme ayant quatre enfants de 17 ans à 14 mois et dont le troisième a presque l'âge de M. Dans cette dernière famille provisoire, l'enfant va se développer de jour en jour, il acquiert sa propreté nocturne, il est admis à l'école et aime y aller, il n'est plus craintif mais assez taquin et coléreux.

Au Terman Merill pratiqué le mois suivant le placement à l'âge de 4 ans et 1 mois, les résultats sont déjà sensibles et conclueront à un âge mental de 3 ans et 9 mois :

«Enfant paraissant moins que son âge, assez nerveux. Il est bavard et entre facilement en confiance jouant spontanément à des jeux puérils : «touche-moi la main, cou-cou me voilà».

La prononciation est défectueuse : pour T ou P, difficulté pour les lettres sifflantes.

Le niveau intellectuel paraît sensiblement normal, de plus le caractère permet d'espérer des résultats meilleurs et une bonne perfectibilité.

La compréhension des consignes est bonne. L'adaptation assez rapide. Les possibilités de mémoire immédiate sont normales pour son âge. Il est capable de définir les mots d'usage, ce qui correspond à une maturité de 5 ans.

Les échecs portent sur la connaissance de vocabulaire un peu insuffisant et surtout sur l'interférence brutale du facteur affectif.

Bien souvent il répond par des références stéréotypées de la maman et du papa.

La frustration affective semble ajouter un rôle déterminant dans l'origine des difficultés du comportement en particulier l'instabilité est loin d'être constante lorsqu'il est en contact direct avec une image maternelle, il se montre calme, paisible, stable. Dès qu'il perd le contact physique on voit naître l'anxiété, il semble alors s'isoler sur lui-même, les yeux se révulsent à demi et il se met à mimer et raconter des scènes pénibles et agitées : «le monsieur a crié, il a crié très fort, alors Pan».

On note des mouvements de recul devant les gestes soudains.

En résumé M. semble extrêmement perfectible dès qu'il pourra bénéficier d'une atmosphère affective et sécurisante».

Cet enfant a maintenant 7 ans, rien n'a plus été noté dans son comportement, il est bien intégré dans une classe de son âge, et ne pose aucun problème familial et scolaire.

Observation N° 23

N.M. est née en avril 1965 et c'est en janvier 1967 seulement, près de 2 ans, que N. est hospitalisée pour un bilan psychomoteur en vue d'adoption. Elle est d'aspect renfrognée, ne dit que quelques mots, et dans une langue étrangère, ce qui n'est pas pour faciliter les contacts et l'appropriation. La mère en effet, étant d'une famille connue, n'a pas voulu faire adopter son enfant dans son pays d'origine.

Du point de vue moteur elle se tient debout mais marche difficilement.

L'enfant s'éveillera bien au cours de son séjour à l'hôpital. Au test de Gesell elle a une motricité et une adaptabilité concordantes : langage et réactions sociales sont évidemment difficiles à apprécier.

Devant le caractère fin et sec des cheveux, les ongles un peu cassants, la peau fine, on demande par prudence, des radios des poignets et des pieds, un dosage de la cholestérolémie. L'âge osseux est normal et il n'existe pas de dysgénésie des points d'ossification. Par contre le cholestérol s'avère élevé à 2 grammes 30 à deux reprises, ce qui ne cadre pas avec la clinique : l'enfant ne se présente pas comme une insuffisante thyroïdienne.

Finalement, on passe outre à cette hypercholestérolémie et N. est revue à 3 ans 1/2 elle pèse 14 Kg, mesure 97 cm ; elle s'est bien adaptée, parle bien, a un comportement normal en classe et a eu longtemps des terreurs. Elle semble très espiègle et bien éveillée.

2 – Anomalies d'ordre cardiovasculaire

Dix de nos enfants poseront des problèmes cardiaques de gravité variable.

<i>Observation N° 24</i>

P.N. est né en novembre 1968 et une hospitalisation est demandée au 10^e jour à l'occasion de la découverte d'un souffle systolique méso-cardiaque et musical.

L'auscultation pulmonaire est normale, les fémorales bien perçues, il n'existe ni cyanose, ni tachycardie. L'examen neurologique est normal en dehors d'une hyperexcitabilité dans les limites de la normale.

Devant ce souffle isolé, on envisage le diagnostic de communication interventriculaire.

L'électrocardiogramme met en évidence un bloc de branche droit, une onde P un peu ample en D2 à 3 mm, une onde Q positionnelle. Il n'y a pas de surcharge vasculaire à la radio et l'on demande quelques mois pour juger de la tolérance de cette cardiopathie.

En mai 1969, c'est-à-dire à 6 mois, le souffle systolique semble moins intense, l'électrocardiogramme est jugé normal et la radio ne montre toujours pas de surcharge vasculaire.

On conclue à une communication interventriculaire probable mais minime qui n'entraînera pas de sanction chirurgicale.

L'enfant sera adopté en juillet, il aura un développement psychomoteur sans problème (il marche à 1 an). Il est très éveillé.

Observation N° 25

S.D. est née en février 1966 et c'est l'examen systématique de cette enfant qui, découvrant un souffle systolique, a fait décider de l'hospitalisation.

Il n'existe pas de cyanose, la cardiopathie, si elle existe, est bien supportée.

L'électrocardiogramme objective un axe à $+150^{\circ}$, une surcharge droite avec des grandes ondes R en V 1.

A l'examen radioscopique, l'impression de cardiomégalie donnée par les clichés ne se confirme pas, la pointe remonte un peu, les poumons sont clairs.

On se donne quelques temps en pouponnière avant d'affirmer un diagnostic précis et l'enfant est revue deux mois plus tard : le souffle se précise, il est bas situé avec frémissement probable. A l'électrocardiogramme des signes de surcharge gauche apparaissent et l'on décide un cathétérisme pour étayer le diagnostic de communication interventriculaire.

Cet examen est pratiqué dans le service du Docteur Nouaille : il montre des pressions augmentées dans le VD 57 dans le ventricule bas et 65 dans le ventricule haut. Il y a eu passage dans l'artère pulmonaire. Les pressions dans le tronc sont à 23 dans la branche droite à 34. Une CIA basse a été cathétérisée et à partir du ventricule droit on est passé dans l'aorte ascendante et la carotide droite. Il existe un shunt de 3 volumes dans l'OD et 1,5 volume environ dans le VD.

L'ensemble de tout cela laisse penser qu'il s'agit d'un canal atrio-ventriculaire avec gradient VD-AP protégeant vraisemblablement le lit vasculaire. Cette cardiopathie est grave et il est peu vraisemblable qu'elle puisse subir un jour une réparation complète satisfaisante sans risques opératoires importants.

Devant la gravité de ce résultat on surseoit à tout espoir d'adoption.

Observation N° 26

C.F. est née en juin 1965 pesant 3 Kg 150.

Elle est hospitalisée à 1 mois 1/2 pour la découverte d'un souffle systolique irrédiant en rayon de roue dans toute l'aire précordiale. Le 2^e bruit est bien perçu. Il n'existe pas de cyanose même à l'effort et les pouls fémoraux sont bien perçus.

A l'examen radiologique le cœur est un peu gros et il existe une discrète surcharge pulmonaire.

L'électrocardiogramme montre un axe à $+60^{\circ}$. On soulève le diagnostic d'une communication interventriculaire et vu le contexte, et bien que cette cardiopathie semble être très bien supportée, on envisage un cathétérisme avant de prendre une décision.

Celui-ci est fait à l'âge de 6 mois, il confirme la clinique : il y a bien une communication interventriculaire. Les pressions sont à 34 dans le VD, 25/11 dans l'artère pulmonaire, avec un shunt de 4 volumes dans le ventricule droit. C'est une communication interventriculaire à gros débit sans hypertension pulmonaire.

Cette enfant supporte très bien sa cardiopathie. La progression pondérale est lente mais régulière. Le service de cardiologie a conseillé une digitalisation continue : 1 goutte par jour et d'utiliser largement les antibiotiques en cas d'infection respiratoire.

L'adoption est alors autorisée à l'âge de 10 mois, l'enfant marche à 16 mois, a un comportement normal, ne s'essouffle pas.

En juin 1967, soit à 26 mois, on réduit la digitaline à 3 gouttes par semaine.

En mars 1968, à près de 3 ans, le souffle est toujours très intense, mais la cardiopathie bien supportée. Elle pèse 12 Kg 250, mesure 90 cm.

En juin 1968 on décide d'arrêter toute digitalisation, depuis, avec un recul de 5 ans, l'évolution est très satisfaisante.

Signalons au passage que l'enfant a été adoptée en toute connaissance de cause par des parents évolués, fermement résolus à considérer leur enfant comme une enfant normale nécessitant seulement des précautions particulières.

<i>Observation No 27</i>

M.R. est né en juillet 1970 pesant 3 Kg 450.

Chez lui aussi c'est la découverte d'un souffle systolique qui conduit à l'hospitalisation à 4 mois. A la radiographie le cœur est normal. L'électrocardiogramme montre un bloc incomplet droit, un axe à $+60^{\circ}$: la cardiopathie est certaine sans qu'on puisse en donner ou en affirmer la nature, probablement une communication interventriculaire.

Deux mois plus tard, le diagnostic se confirme : bloc incomplet droit focal sans aucun signe de surcharge. La vascularisation pulmonaire est normale, débord droit du cœur mais

avec une masse ventriculaire normale. Le souffle est toujours bien entendu : 3/10 presternal, bien net au 4^e espace. On parle de communication interventriculaire sans doute à pression normale qui ne devrait pas poser de problème pour faire adopter cet enfant, car il est probable qu'aucun geste chirurgical ne sera nécessaire.

Depuis quelques mois cet enfant est chez ses parents adoptifs, rien de grave n'a été signalé, et un épisode de bronchite asthmatique a été très bien supporté malgré le terrain.

Notre recul est évidemment minime pour cet enfant mais il ne pose pas de problème actuellement et ne devrait pas en poser ultérieurement.

<i>Observation N° 28</i>

S.P. est née en mai 1969, elle entre dans le service du Docteur MICHON à l'âge de 3 mois pour suspicion d'otite, otite qui d'ailleurs va traîner, nécessitant des paracentèses itératives et une antibiothérapie prolongée, massive et variée.

Au cours de cette hospitalisation est entendu un souffle systolique localisé au 2^e espace intercostal gauche, intermittent, musical, pouvant invoquer une petite communication interventriculaire.

L'électrocardiogramme est pratiquement normal en dehors d'un discret bloc focal droit.

Le cœur est normal à la radioscopie.

On demande là encore un délai avant de se décider à l'adoption.

Deux mois plus tard, si le souffle est toujours entendu, il est discret et la cardiopathie est très bien supportée ne constituant plus d'obstacle. Il est adopté en décembre 1969, soit à l'âge de 6 mois.

L'enfant marchera à 1 an, il pèse 10 Kg 900. Depuis rien n'a été signalé et il y a tout lieu de penser que l'évolution de ces derniers mois a été satisfaisante.

Observation N° 29

C.D. né en décembre 1957 est admis à l'hôpital Saint-Michel à l'âge d'un mois 1/2 pour la découverte d'un souffle systolique très intense. C'était un jumeau pesant 2 Kg 400 né par le siège.

Il n'existe pas de cyanose, le souffle est intense, mésocardique. A la radio on note un gros cœur avec saillie de l'arc moyen, les poumons paraissent surchargés. Le cliché en oblique antérieur gauche confirme l'hypertrophie ventriculaire droite. Il n'y a pas de concavité de l'arc moyen.

On conclue à un shunt gauche-droit certain, mais les précisions de niveau sont difficiles, communication interauriculaire peu probable, communication interventriculaire possible, un canal ne peut être éliminé.

Pendant cette période le développement staturo-pondéral de l'enfant peut être considéré comme satisfaisant : A 1 an 1/2, il pèse 7 Kg 700 ce qui n'est pas si mal eu égard à la cardiopathie. Pendant cette longue hospitalisation qui durera pendant plus d'un an on va petit à petit revenir sur la décision d'adoption que l'on n'avait même pas évoquée de prime abord.

C'est dans cette perspective que l'on fait transférer l'enfant dans le service du Docteur NOUAILLE pour examen complémentaire.

On entend toujours le souffle systolique, il est maximum au troisième espace intercostal gauche et irradie dans toute l'aire précordiale. Le premier bruit est normal, le deuxième faible au maximum du souffle. La tension artérielle maxima est à 11, les artères périphériques sont bien perçues.

A l'électrocardiogramme, l'axe est à 120°, il existe une surcharge combinée ventriculaire droite et diastolique gauche.

En radioscopie le cœur est modérément augmenté de volume, l'arc moyen un peu saillant, allongé, mais normalement battant. La vascularisation pulmonaire est augmentée.

Un cathétérisme, pratiqué en février 1959, ne montre pas de trajet anormal de la sonde et confirme l'existence d'une communication interventriculaire avec sténose pulmonaire pour laquelle il n'envisage pas à ce moment d'intervention.

On parle alors de cet enfant aux parents qui avaient adopté un an auparavant son frère jumeau, sans leur cacher toutes les inquiétudes pour l'avenir, l'impossibilité de préjuger d'une éventuelle cure chirurgicale. Ils demandent un certain délai pour réfléchir et l'accueillent chez eux en juillet 1959 à 1 an 1/2.

L'enfant sera suivi régulièrement par le Docteur CORNU, cardiologue de l'hôpital Saint-Michel. Son état général est satisfaisant, il mène la même vie que son frère, mais est moins

développé que lui. Il ne peut supporter le même rythme musculaire, se fatigue au moindre effort, surtout au début de la journée, le passage de la position couchée à la position verticale paraît l'épuiser et le faire souffrir.

A 5 ans il pèse 15 Kg 050 et l'on note que depuis 1 an, cyanose transitoire et dyspnée augmentent avec des phases critiques dans les deux premières heures de la journée. Devant ces malaises une décision opératoire est prise, en octobre 1962 (donc à 5 ans) une intervention de Blaloch est faite dans le service du Docteur SERVELLE à l'hôpital Saint-Michel : anastomose termino latérale entre l'artère sous clavière gauche et l'artère pulmonaire qui sont toutes deux de bon calibre.

L'intervention est bien supportée amenant une amélioration considérable de l'état de l'enfant. Néanmoins vers 8 ans, trois ans après l'intervention, réapparition des symptômes qui amènent à une nouvelle intervention en janvier 1968. A l'ouverture du ventricule droit, sous circulation extra corporelle et hypothermie on objective une sténose infundibulaire très serrée en diaphragme, mais plus bas, située que ne laissait prévoir l'examen extérieur. Sur cette sténose infundibulaire viennent s'insérer les cordages de la mitrale, disposition qui va gêner la résertion infundibulaire et la fermeture de la communication interventriculaire. Celle-ci est de volume modéré et sera fermée par un patch de velours de tergal.

Les résultats seront très satisfaisants un an plus tard. A 10 ans, il n'existe aucun signe fonctionnel, on entend un petit souffle d'éjection au niveau de l'infundibulum, peu intense, systolique. L'électrocardiogramme montre un bloc de la branche droite dû à la ventriculotomie et une rotation considérable de l'axe qui est maintenant normal. A la radioscopie le cœur est un peu gros il existe un débord droit et la vascularisation pulmonaire est franchement augmentée.

Cet enfant mène une vie normale.

Si pour ces enfants, la cardiopathie était certaine (dans deux cas) objectivée et confirmée par cathétérisme, chez les autres que nous avons sélectionnés, il s'agissait d'incidents mineurs qui pouvaient être rattachés à une éventuelle cause cardio-vasculaire.

<i>Observation N° 30</i>

M.S.C. est née en novembre 1969 et lors d'une radiographie thoracique pratiquée juste avant l'adoption à 3 mois, on s'étonne d'un volume cardiaque un peu fort. L'auscultation est normale, ne percevant pas de bruits surajoutés, les fémorales sont perçues. L'électrocardiogramme est normal. A la radiographie il n'existe pas de surcharge pulmonaire, mais le cœur est effectivement un peu gros. La radioscopie lèvera tout doute quant à ce volume, artefact lié aux conditions de réalisation toujours aléatoire chez un nourrisson où le temps respiratoire peut gêner l'interprétation des images.

Cette enfant bien sûr a été adoptée et son évolution n'a posé aucun problème.

Observation N° 31

F.N. est née en janvier 1966 et c'est vers l'âge de 3 mois, en pouponnière, que l'on signale une cyanose assez importante des extrémités survenue d'une manière paroxystique à deux reprises, sans dyspnée. Un bilan en milieu hospitalier est néanmoins jugé nécessaire.

Les différents examens pratiqués seront normaux : Radiothoracique, électrocardiogramme, et radiocinéma œsophagien ne mettant en évidence aucune empreinte cardiaque.

Ces petits accès de cyanose semblent vraiment sans importance vu le bon développement de l'enfant que l'on fait adopter en mai 1965 à l'âge de 4 mois.

Elle est revenue quatre mois plus tard, elle aurait eu deux fois cette cyanose qui reste toujours inexpliquée, qui ne gêne absolument pas son développement : elle se tient debout avec appui à 8 mois, marche à 13 mois, pèse 11 Kg à 1 an 1/2 et mesure 89 cm. A aucun moment on ne signale de dyspnée.

Observation N° 32

P.G. né en mai 1966 est hospitalisé à 5 jours pour cyanose survenant lors de la tétée et du change.

L'accouchement et la grossesse avaient été normaux. Cette cyanose ne se reproduira pas en milieu hospitalier. L'examen cardio-vasculaire est normal ainsi que la radio et l'électrocardiogrammè. Néanmoins on fera par prudence un nouveau bilan à 3 mois qui n'apportera aucun élément nouveau. Cette cyanose périnatale ne s'est pas reproduite et restera sans explication. Il est à noter que l'examen neurologique de l'enfant était également normal, son test de Gesell des plus satisfaisant. Il est adopté et ne pose plus aucun problème.

Observation N° 33

P.E., né en juillet 1966, est hospitalisé à 2 mois 1/2 pour un souffle systolique minime chez un enfant ayant une croissance et un comportement normaux depuis la naissance : il ne pesait que 2 Kg 600 quand il est né mais c'était un 2^e jumeau, il pèse deux mois plus tard 4 Kg 200. Son aspect est satisfaisant, sa coloration est normale. Certains entendent un souffle systolique latérosternal gauche très discret, à l'électrocardiogramme : bloc de branche droit avec onde R exclusive en V 1, on n'élimine pas formellement la communication interventriculaire tout en trouvant qu'elle est bien tolérée et on préfère ajourner très provisoirement l'adoption.

Celle-ci se fera néanmoins à 5 mois avec celle de l'autre jumeau que l'on fait évidemment adopter par la même famille. Le souffle n'était plus audible et rien de nouveau n'a été signalé dans l'évolution de l'enfant. Mais il faut avouer qu'on l'a un peu perdu de vue comme c'est malheureusement le cas de plusieurs de nos enfants et l'on sait les difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas à renouer avec les parents adoptifs.

*

3 – «Préjudice esthétique»

Nous allons grouper maintenant arbitrairement peut-être trois cas qui ont présenté des malformations entraînant un préjudice esthétique pouvant faire reculer des futurs parents, quelle que soit la générosité de leur motivation. Pour deux d'entre eux il s'agit de division palatine, pour le troisième d'une grande aplasie cutanée.

Observation N° 34

C'est de cette enfant : N.T. dont nous parlerons en premier.

Elle est née en octobre 1966 et présente une grande aplasie cutanée qui l'avait fait hospitaliser dans le service du Professeur TURPIN puis à la fondation Paul Parquet où elle se trouvait encore à 1 an 1/2.

Le cuir chevelu est d'aspect très cicatriciel et il n'y a des cheveux que sur les régions temporales. Il existe également des cicatrices importantes sur le tronc et les membres inférieurs particulièrement au niveau des cuisses.

Malgré ce gros handicap et cet aspect extérieur peu engageant, l'éveil de l'enfant semble très satisfaisant. Du point de vue moteur elle marche, mais mal, présente un genu valgum et l'on se demande si les cicatrices des membres inférieurs n'interviennent pas également dans les troubles de la locomotion d'ailleurs discrets.

Néanmoins on tente le pari de l'adoption en sélectionnant évidemment le foyer à qui l'on confiera l'enfant, le choisissant spécialement ouvert et généreux. Celui-ci a déjà deux enfants adoptifs. Soulignons au passage que donner un troisième enfant à une famille adoptive est habituellement exceptionnel, mais que c'était pour N. sa dernière chance de salut. On n'osait pas la proposer à des parents adoptants novices, dont la générosité, peut-être, aurait été mise à rude épreuve pour une première expérience, quand on sait toutes les résistances tant sociales que familiales qui sont à vaincre dans cette démarche malheureusement encore courageuse dans certains milieux.

L'adoption a été une réussite complète. L'enfant est gaie, vive, enjouée, ne souffre pas de son handicap et les photos la montrent portant avec allure des coiffures diverses qui masquent sa disgrâce. En mars 1970, les parents remercient le service de leur avoir confié ce bout-en-train qui complète leur trio sympathique. Il sera temps plus tard d'envisager une perruque. Des sequelles motrices il n'en est plus question, l'enfant court, court très vite, une «vraie fusée» nous écrit-on, pleine de gaité et de joie de vivre.

Observation N° 35

O.P. est né en mai 1965, il présente un bec de lièvre, malformation particulièrement disgracieuse et chargée au cours des siècles d'une signification maléfique dont on se libère encore difficilement.

Néanmoins il est montré au Docteur FLORENTIN, chirurgien à Saint-Michel particulièrement habitué à ces problèmes de réparation, qui prévoit son programme opératoire habituel et l'on peut faire adopter l'enfant en août avant même qu'ait eu lieu l'intervention, ce qui suggère un courage que l'on peut admirer.

En décembre, soit à 6 mois, une intervention sur la lèvre répare les lésions externes, ne laissant qu'une cicatrice très discrète.

A 14 mois, l'enfant pèse 10 Kg 200 et n'a pas posé de problème alimentaire particulier dans sa première enfance.

Les parents l'ont adopté en toute connaissance de cause, en ont été satisfaits, n'ayant pas eu avec lui plus de problèmes qu'en auraient eu des parents selon la chair avec un enfant présentant la même malformation.

<i>Observation N° 36</i>

P.H. est né en janvier 1970 et est hospitalisé le jour même pour une division palatine. Celle-ci est très importante, en effet il existe une fente labiale unilatérale totale avec ébauche de division palatine bilatérale. Le chirurgien est très optimiste, estimant que, dans ces fentes larges, le pronostic chirurgical est en général excellent.

Il prévoit une chéiloplastie entre 6 et 8 mois en décidant que la date exacte serait fixée vers 4 mois, une deuxième intervention sur le palais étant pratiquée entre 16 et 18 mois.

A 5 ans, s'imposera un bilan phonétique et un examen orthodontique permettant de rééduquer les divisions palatines qui le nécessitent (25 % d'entre elles seulement).

Éventuellement même, à 16 ans, quelques rectifications peuvent être entreprises : correction des sequelles nasales comprenant des déviations de la cloison et des déformations de l'aile du nez.

Il est important de signaler au passage que ce programme opératoire à long terme est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Détail qui peut avoir son importance, les milieux auxquels on confie nos enfants ne faisant pas systématiquement partie de familles très aisées.

Pour H. il a été adopté et a déjà subi sa première intervention, il a devant lui un avenir qu'on lui souhaite plein de joies familiales, qui lui feront supporter son handicap que les autres interventions réduiront au minimum.

Avant de clore ce chapitre des disgrâces ou des préjudices esthétiques, signalons que certains de nos enfants étaient porteurs d'angiomes. La plupart, comme c'est le cas habituel, placés à la nuque et aux paupières, ont disparu, d'autres sont restés qui n'ont pas l'air d'avoir posé de gros problèmes aux parents dans la mesure où l'on n'a pas omis de les en avertir avec précision.

Évoquons la pigmentation raciale qui peut poser des problèmes d'adaptation. Dans notre échantillon, tout s'est bien passé pour nos enfants de couleur bien acceptés par leurs parents et surtout ce qui est plus délicat par l'entourage. Certains ont déjà adopté deux enfants de race noire ou d'origine nord africaine à morphologie ethnique très prononcée.

4 — Anomalies sensorielles

Quatre enfants peuvent être rangés dans une série d'handicapés sensoriels, posant des problèmes au niveau de la vision ou de l'audition.

<i>Observation N° 37</i>

D.G. est né en février 1965, il est hospitalisé à 5 jours pour des vomissements qui ne trouveront pas d'explication organique. A l'occasion de cette hospitalisation on note un nystagmus lent, du type de celui que l'on voit dans les déficits visuels. Ce trouble persiste à 2 mois et l'on demande l'avis d'un ophtalmologue : on trouve que l'enfant ne suit pas bien, on a l'impression qu'il ne voit pas, qu'il ne réagit pas aux incitations habituelles et qu'on ne retrouve une contraction pupillaire que sous forte lumière.

Le fond d'œil est difficile à voir, mais les papilles ne sont ni parfaitement nettes, ni d'une coloration tout à fait normale, et l'on ajourne l'adoption sans oser poser de diagnostic précis : retard psychique, retard de myélinisation du nerf optique ou lésion plus grave et définitive.

On renouvellera les bilans ophtalmologiques chez cet enfant qui, au cours des mois, ne montrera aucun signe d'éveil et devant cette persistance et même aggravation des symptômes, toute idée d'adoption sera rejetée.

Observation N° 38

P.M. est né en février 1967, il est hospitalisé à 4 mois 1/2 car on trouvait que son regard accrochait mal et qu'il n'avait pas l'air de s'intéresser à son entourage. En fait au cours de la semaine d'observation il se comportera comme un bébé souriant, ne présentant aucun retard psychique, ayant une bonne tenue de la tête et une station assise correcte. L'examen ophtalmologique objective des milieux intraoculaires clairs, un fond d'œil d'aspect normal, des papilles bien colorées, à bords nets. L'adoption sera autorisée et l'enfant aura par la suite un comportement normal.

Observation N° 39

I.S. est née en janvier 1969, sa mère est aveugle de naissance, son père l'a été par traumatisme survenu dans l'enfance. L'enfant ne posait pas de problèmes particuliers mais il était indispensable d'approfondir l'histoire pathologique de sa mère avant de prendre une décision. Il s'agissait d'une aplasie chorioretinienne sans atrophie optique, et la mère née au terme de 7 mois 1/2 n'avait jamais vu. L'enquête familiale avait été entièrement négative.

L'examen ophtalmologique de l'enfant était très satisfaisant : fond d'œil et aspect des milieux intraoculaires ont été normaux à des examens répétés.

L'enfant présentait un éveil très satisfaisant à 14 semaines, elle a des résultats très brillants au Gesell (16 semaines). Enfin du fait que chez sa mère les lésions existaient dès la naissance et que chez l'enfant tout est normal, à 6 mois on la fait adopter sans arrière pensée. Depuis d'ailleurs rien n'a été signalé.

Observation N° 40

G.D. né en avril 1961 est confié à ses parents en juillet. C'est un beau garçon éveillé, rieur, qui leur donne entière satisfaction.

Mais vers l'âge d' 1 an les parents ont l'impression que l'enfant entend mal, les quelques mots qu'il arrive à prononcer, ou que les parents croient comprendre, dans sa deuxième année sont criés et inharmonieux. Il réagit quand on l'appelle fort, a des mouvements rythmiques au son de la musique.

Cet handicap, qui ne fera malheureusement, que se confirmer est très bien supporté par l'enfant qui est affectueux et turbulent. Les parents l'acceptent également avec amour et prennent en main sérieusement l'avenir sensoriel de leur enfant. Il est pris à 3 ans dans une maternelle où il suit bien le niveau de ses camarades, s'intéresse aux chants mimés.

A cet âge des examens plus approfondis que les consultations évasives qui avaient eu lieu jusque là, affirment la surdité portant autant sur les graves que sur les aigus, elle n'est pas totale. On envisage l'appareillage, celui-ci sera très bien supporté et l'enfant pourra suivre une scolarité normale dans une classe de mal-entendants.

Rien ne sera retrouvé dans les antécédents, aucun renseignement sur la grossesse. Il s'agissait d'un 4^{ème} enfant, les trois autres étant en bonne santé.

L'enfant avait été hospitalisé pendant ses trois premières semaines pour un petit poids de naissance (2 Kg 600) et avait par ailleurs fait à 2 mois une déshydratation par diarrhée qui avait bien réagi au traitement habituel.

G.D. s'est épanoui dans sa famille adoptive qui a recueilli trois ans plus tard une petite fille et ne pose pas plus de problème qu'un enfant atteint de surdité congénitale n'en pose dans une famille naturelle.

5 – Problèmes liés à l'hérédité

Observation N° 41

M.B. est née en mai 1960 d'une liaison incestueuse entre un frère de 17 ans et une sœur de 20 ans. Elle ne pesait que 2 Kg 380 à la naissance et a dû faire à 4 mois un séjour à l'hôpital pour pneumopathie aiguë puis déshydratation aiguë. Les grands parents avaient décidé de s'occuper de cette enfant, mais, devant le côté inextricable de la situation, ils ont préféré se tourner vers l'adoption. Ce fut alors pour l'équipe médicale le début d'un lourd cas de conscience.

Dans les antécédants on ne retrouve pas de tare, pas de maladie congénitale. L'enfant elle-même en dehors de ces accidents aigus a un développement harmonieux, un éveil satisfaisant, elle marche à 1 an.

Après maintes tergiversations elle a été adoptée à 15 mois. A 20 mois elle a bien fixé son image maternelle, par contre le père n'est pas encore reconnu et tous les hommes sont «papa». A 3 ans elle parle beaucoup mais les mots sont très déformés et l'on parle de troubles de l'articulé, ce qui ne l'empêche pas de se plaire énormément en maternelle.

Depuis, l'enfant a progressé régulièrement et si elle n'est pas une élève brillante (en 8^e à 10 ans) elle a des occupations et un comportement d'un enfant de son âge.

Observation N° 42

J.M.P. est né en mai 1966 d'une mère psychopathe qui s'est suicidée en se jetant de la Tour Eiffel alors que J.M. avait environ 3 mois. Le père était inconnu mais pouvait être un malade mental. (La mère était enceinte au sortir de l'hôpital psychiatrique).

L'enfant par contre a eu un développement psychomoteur normal, bien que la nourrice, peut-être influencée par le suicide de la mère, le trouve apathique.

A 4 mois, il sourit, tient bien sa tête, la position assise n'est pas encore acquise. Par acquit de conscience on pratique un électroencéphalogramme qui s'avère normal. Il sera confié à une famille qui sera parfaitement au courant des conditions de décès de la mère naturelle et s'y développe dans les meilleures conditions.

L'exposition, malheureusement très succincte de ces deux cas met le doigt sur le point d'interrogation qui reste encore plus douloureux pour les futurs parents adoptants, qui quelle que soit leur générosité s'inquiètent de l'hérédité de l'enfant.

Peut-on parler d'hérédité mentale, le débat reste ouvert : cette mère célibataire était désespérée, un nourrisson de 3 mois sur les bras, en but à l'hostilité ouverte de ses parents entraînée dans une aventure sentimentale dont elle ne voyait pas l'issue. Fallait-il d'autre part prévenir les parents adoptants ? N'était-ce pas introduire dans leur comportement vis-à-vis de l'enfant une anxiété tout à fait inutile à son bon équilibre.

6 — Sérologies positives

Ce problème de l'hérédité va nous permettre d'évoquer, par un biais quelque peu artificiel, celui des enfants de mères syphilitiques pour chasser des esprits le spectre de l'hérédosyphilis qui a longtemps empoisonné la mauvaise presse. L'enfant adoptif devant naître de préférence d'une prostituée aux sérologies violemment positives.

Dans notre série, 5 enfants auront des B.W. positifs mais pour chacun d'entre eux il n'est question de parler de syphilis congénitale avec ses graves lésions viscérales et neurologiques.

<i>Observation N° 43</i>

C.G. est né en avril 1970 d'une mère dont la sérologie était positive en clinique d'accouchement et qui n'avait pas encore reçu de traitement antibiotique.

L'examen de l'enfant est normal. Il ne présente aucun déficit neurologique et n'aura pas d'ictère néonatal. Comme on pouvait s'y attendre la sérologie est positive surtout la réaction de Kline et le test d'immobilisation spécifique de Nelson est à 86 %. Enfin on se demande s'il n'existe pas une image de périostite fémorale. De toute façon qu'il s'agisse d'anticorps transmis ou personnels, la prudence demande une pénicillinothérapie, avec une dose globale de 4 millions obtenue en 15 jours.

L'enfant est revu deux mois plus tard. Ses réactions sérologiques se sont négativées et l'on ne note plus d'anomalies morphologiques évoquant des lésions spécifiques sur les radios du squelette. Les appositions périostées notamment fémorales sont incluses dans l'épaisseur de la corticale, n'ayant rien à voir avec la classique périostite engainante.

L'adoption est décidée sans arrière pensée et l'on décide même de ne pas parler de sérologie aux parents. L'enfant est revu quatre mois plus tard à la consultation. Son développement est en tout point satisfaisant.

Observation N° 44

H.F. est née en juillet 1967, elle est de race noire, ses parents d'origine antillaise. On découvre une réaction de Bordet Wassermann positive chez la mère le jour de l'accouchement. En fait un traitement avait été institué à l'hôpital Saint-Louis en cours de grossesse mais n'avait pas été suivi très fidèlement.

Chez l'enfant à 15 jours il y a une croix à la réaction de Kolmer, deux à celle de Kahn. Une pénicillothérapie avec un total de 3 millions est entreprise.

L'examen clinique de l'enfant était normal. Un nouveau bilan est entrepris trois mois plus tard et l'on a la mauvaise surprise de constater la positivité encore très nette des réactions sérologiques et un test d'immobilisation spécifique des tréponèmes à 100 %. Ce qui fait encore ajourner l'adoption.

Enfin vers 9 mois on obtiendra la négativation définitive des réactions après une nouvelle cure de pénicilline et l'on pourra donner le feu vert pour l'adoption qui se fera d'ailleurs dans une famille ayant déjà un enfant de couleur.

Observation N° 45

Pour B.H. né en juillet 1969, c'est également lors de l'accouchement que l'on a découvert la syphilis maternelle. Il aura lui aussi une sérologie positive déclenchant une cure de pénicilline. Au bilan du 3^{ème} mois les réactions se sont négativées et l'enfant est adopté. Lui qui était un peu lent et avait un Gesell un peu limite du fait sans doute de mains fréquentes avec les nécessités d'hospitalisation répétée, s'éveillera rapidement. Il commence à gazouiller à 5 mois.

Observation N° 46

Nous n'insisterons pas plus sur M.F. né en juillet 1969, pour qui on avait découvert tardivement une spécificité maternelle. Ses réactions sérologiques auront toujours été négatives.

Elle avait eu dès la naissance une pénicillinothérapie intensive et prolongée 7 jours pour l'émission d'un liquide méconial. A 6 mois elle est en très bon état, son éveil est excellent et son adoption ne posera aucun problème.

Observation N° 47

C.L. née en juillet 1969 a également une mère syphilitique, mais qui avait été traitée au 5^{ème} mois de sa grossesse. Elle présentera surtout une forme anémique pure de maladie hémolytique qui nécessite une exsanguino-transfusion au 7^e jour. Sur le sang prélevé auparavant le B.W. est négatif.

Un nouveau contrôle sérologique quatre mois plus tard, sera toujours négatif, la mère avait été correctement traitée et l'on n'a pas jugé utile de traiter l'enfant.

L'enfant plutôt coléreuse avait, lors des cris, des accès de cyanose, évoquant bien un spasme du sanglot. Après l'adoption ces épisodes paroxytiques ne se reproduiront pas et son évolution ne posera aucun problème.

7 – Cas particuliers

Deux enfants, enfin, ne rentrent dans aucune catégorie.

Observation N° 48

N.W. est née en mars 1970 pesant 3 Kg 380. Quand il rentre à l'hôpital, à 15 jours, pour une diarrhée il ne pèse plus que 2 Kg 990. Il a donc perdu 400 grammes, chute pondérale dans laquelle entre en compte la perte de poids physiologique. En effet, l'enfant n'est pas déshydraté et la réanimation orale par soupe de carottes suffira à sa réhydratation permettant d'éviter la perfusion. On retrouve d'ailleurs une étiologie otitique à ces troubles digestifs, l'enfant est paracentésé des deux côtés et une antibiothérapie par voie générale est entreprise.

Néanmoins si les troubles digestifs s'amendent, l'état de l'enfant n'est pas entièrement satisfaisant et une semaine plus tard on s'inquiète d'une polypnée surtout nette après les repas. La calcémie est un peu limitée à 83 mm et l'on met en route une calcithérapie avec vitaminothérapie.

Malgré cela la polypnée se précise, l'enfant geint, se met à vomir. De nombreux prélèvements sont effectués; la ponction lombaire est normale; mais une acidose importante est notée avec un P.H. à 7,06 et une base excess à moins 20 qui font décider une perfusion comportant du bicarbonate et des antibiotiques pour enrayer une infection bactérienne que notre premier traitement antibiotique aurait décapitée.

Les signes cliniques s'améliorent, mais quelques jours plus tard (l'enfant a 1 mois 1/2) apparaissent des clochers fébriles pour lesquels les examens usuels et notamment un culot urinaire stérile n'apportent aucun argument diagnostique. Un dosage de l'urée pratiqué en mai est à 0,80 gr. Il est contrôlé le lendemain, il est à 1 gr 40 gênant les examens radiologiques de l'appareil urinaire. La clairance de la créatine est à 0,15 ml. On retrouve 0,40 gr d'albumine par litre et le culot urinaire reste stérile. L'examen clinique est par ailleurs normal ne permettant pas la palpation de tumeurs rénales.

Cette insuffisance rénale demande alors des investigations plus poussées et l'enfant est transféré dans le service du Professeur BARCAT à Saint-Louis.

On met en évidence une hydronéphrose droite et d'autre part une aplasie partielle gauche. La cystographie rétrograde objective un reflux vésico urétéral pyélique gauche. La gammagraphie montre un rein gauche de petite dimension, fixant de façon homogène la radioactivité. Le rein droit plus développé, aux contours un peu irréguliers, capte de façon homogène la radioactivité.

L'insuffisance rénale se confirme, le dosage d'urée sanguine évoluant entre 0,80 et 1,40 gr par litre. Les clairances et l'épreuve à la P.S.P. traduisent la même insuffisance.

Aucune solution chirurgicale n'est envisagée dans l'immédiat pour l'hydronéphrose mineure et c'est surtout le petit rein gauche qui fait rejeter l'adoption.

Observation N° 49

F.C. née en février 1967 est placée en pouponnière dans un but d'adoption. On ignore tout de ses antécédents familiaux.

Née à terme, pesant 3 Kg, cette petite fille a présenté dans les premiers jours de la vie un ictère avec un maximum de bilirubinémie à 182 mg. Il n'y a pas eu d'exsanguino-transfusion. Cet ictère a été un peu prolongé, si bien que l'enfant a quitté la clinique à l'âge de 1 mois.

Pour cette raison, elle a été hospitalisée de façon systématique pendant 9 jours à l'hôpital Saint-Michel dès sa sortie. L'examen clinique précise qu'il n'existe pas à cette époque de gros foie.

Elle a été ensuite placée en pouponnière puis réhospitalisée en avril 1967 à l'hôpital Saint-Michel pour de la fièvre, mise d'abord sur le compte d'une otite purulente bilatérale, a ensuite été rapportée à une staphylococcie pleu-pulmonaire qui a été soignée comme telle avec des perfusions d'antibiotiques pendant un mois.

Dès le début de cette nouvelle réadmission, il était constaté une importante hépatomégalie. L'évolution sous antibiotique a été tout à fait satisfaisante et le relai a été pris par voie buccale au bout d'un mois. Cependant, rapidement est survenu un clocher fébrile inexpliqué. Celui-ci s'est répété à plusieurs reprises alors qu'il n'existait pas de nouveaux foyers pulmonaires et que l'évolution régressive de la staphylococcie se poursuivait.

La constatation d'une infection urinaire a paru être une explication. A cette occasion d'ailleurs, il a été mis en évidence une protéinurie modérée et une méliturie dont la nature n'a pu être précisée. Surtout, l'hépatomégalie persistait. L'éventualité d'un abcès intra-hépatique d'origine staphylococcique a été envisagée et l'enfant a reçu à ce moment des corticoïdes en plus du traitement anti-staphylococcique. Ce traitement n'a pas influencé l'hépatomégalie et c'est pour mettre une étiquette sur cette hépatomégalie inexpliquée que l'enfant a été montré en consultation.

Un diagnostic a été immédiatement envisagé : celui de glycogénose. En effet, s'il existait un retard statural à — 2 D.S. qui ne militait pas en faveur d'un tel diagnostic, on constatait aussi un certain degré d'obésité, avec un visage poupin. On était surtout frappé par une hépatomégalie énorme atteignant une horizontale passant par l'ombilic. Le foie était d'une consistance tout à fait normale.

L'enfant a été hospitalisé aussitôt pour étayer ce diagnostic. Etant donné qu'il recevait des corticoïdes, il a été décidé de ne pas explorer immédiatement le métabolisme des hydrates de carbone et de faire les autres examens habituels dans ce genre de maladie. C'est ainsi que successivement ont été mises en évidence : une hyperplaquettose, une lactescence du sérum, une hyperlactacidémie autour de 300 à 330 mg/l à jeun (normale : 100 à 120 mg/l). Il n'existait pas d'hypoglycémie à jeun.

Tandis que la corticothérapie était peu à peu diminuée, il a été fait une biopsie du foie qui a montré l'absence de surcharge glycogénique mais, par contre, la présence d'un certain degré de stéatose. Par ailleurs, l'activité des enzymes hépatiques intervenant dans le métabolisme du glycogène était tout à fait normal. Après arrêt des corticoïdes il a été possible d'entreprendre des explorations directes du métabolisme des hydrates de carbone. Une hyperglycémie provoquée par voie orale a donné une réponse subnormale avec, cependant, une flèche d'hyperglycémie un peu élevée à la 45^{ème} minute suivie d'une décroissance normale et d'une petite réaction hypoglycémique à la 180^{ème} minute. La charge en glucagon a donné une réponse normale. La charge en galactose également, et c'est la charge en fructose, par voie veineuse à la dose d'1 gr/Kg de poids qui a permis de porter le diagnostic d'intolérance héréditaire en fructose devant une réponse d'hypoglycémie caractéristique, épreuve qu'est venue confirmer une nouvelle charge en fructose cette fois-ci à une dose élevée de 2 gr/Kg par voie veineuse ne donnant lieu à aucun incident. D'ailleurs dès ce

moment là, il a été possible de mettre en évidence une atteinte sélective du complexe prothrombique intéressant surtout la pro-accelérine.

Les difficultés du diagnostic, initiales ont été secondairement expliquées de la façon suivante :

On avait méconnu l'importance de la fréquence des rejets et des vomissements lors des hospitalisations précédentes. Par ailleurs l'enfant était alimentée au Pennac, sucré uniquement au glucose, l'enfant était donc en quelque sorte au régime sans fructose. Ceci expliquait que l'on n'ait pas retrouvé l'hyperaminoacidurie, la méliturie et que le complexe prothrombique ait été normal, dès le début de son admission.

Sous traitement, la courbe de poids s'est spectaculairement redressée et l'enfant s'est développée normalement du point de vue staturo-pondéral. L'enfant est cependant assez hypotonique. Une étude du développement (Brunet-Lézine) a montré un Q.D. à 79. La taille s'est pratiquement corrigée mais s'il n'y a plus de retard statural, il existe encore un retard pondéral. Le volume du foie a regressé petit à petit mais pas complètement. La lactescence du sérum a disparu.

L'enfant est alors de nouveau placée en pouponnière pour juger son évolution sous régime sans fructose et son éveil en milieu de maternage intensif.

Elle est réhospitalisée en octobre 1968 à 20 mois 1/2. Elle suit son régime depuis 1 an :

A l'examen clinique : c'est une belle enfant bien rosée et gentille, son développement staturo-pondéral est tout à fait bon; sa taille : 81,5 cm, son poids : 11 Kg 460, elle se situe donc à une demi D.S. au-dessus de la normale, alors qu'elle était il y a un an entre 1 et 2 D.S. au-dessous.

Cet examen clinique est normal en dehors d'un foie encore gros : il dépasse sur la ligne mamelonnaire de 2 cm. le rebord costal et il déborde à gauche de la ligne médiane; son bord inférieur est ferme.

Le bilan biologique est le suivant :

- N.F.S. : réticulocytes, plaquettes normaux.
- complexe prothrombique, temps de saignement et bilan hépatique également normaux.
- l'épreuve de perfusion de fructose (0,50 g/Kg) pendant quatre heures donne les résultats suivants :
 - . une osmolarité qui ne bouge pas
 - . une glycémie qui descend légèrement à 0,58 à la 2^{ème} H alors que le chiffre initial 0,62
 - . à la 4^{ème} H 0,94 et 0,64 à la 6^{ème} H.
 - . l'urée sanguine ne bouge pas : autour de 0,36.

La biopsie hépatique montre la présence d'un certain degré de stéatose. Le niveau de développement reste à 80 mais on espère que le milieu familial stimulant permettra de rattraper le retard.

Enfin l'enfant est revue en juillet 1970, soit après deux ans et 10 mois de recul et de régime.

Elle va très bien. Aucun trouble digestif. Le régime est très bien suivi du fait de la compréhension de la famille.

EXAMEN CLINIQUE :

Enfant de 3 ans 5 mois pesant 17 Kg 400 (+ 2 D.S.). Elle mesure 98 cm (+ 1 D.S.). En excellent état général : Bonne trophicité, bon pannicule adipeux, pas de pâleur, pas d'ictère, revêtement cutané normal, apyrétique.

A l'examen de l'abdomen, il n'y a pas d'hépatomégalie, on perçoit un peu le lobe gauche dans le creux épigastrique. Il n'y a aucun débord du lobe droit. Pas de splénomégalie, pas de distension abdominale, pas de circulation collatérale.

Au point de vue psychomoteur : amélioration sensible confirmée par les tests qui montrent un Q.D. à 103.

EXAMEN BIOLOGIQUE :

— biopsie hépatique :
stéatose péri-portale faite de très grosses vacuoles, d'intensité modérée. Il n'a pratiquement pas de fibrose.

— Examen au fructose :
La fructosémie est de 1 gr/ℓ 10 mn. après l'injection pour être encore de 0,35/ℓ à la 60^{ème} mn., alors que la glycémie atteint son chiffre minimum de 0,10 gr/ℓ et que la lactacidémie est passée de 220 à 740 mg/ℓ.

AU TOTAL :

Excellent état nutritif, excellent état général chez un enfant qui suit son régime sans fructose depuis bientôt trois ans. Le bilan hépatique est normal, la biopsie hépatique est à la limite de la normale.

L'enfant peut continuer le même régime, avec un apport de glucose de 60 gr/24 H.

III — DISCUSSION

Au terme de cette longue énumération, que l'on aurait voulu la moins fastidieuse possible, tirons quelques réflexions de cette cinquantaine d'enfants.

Et tout d'abord raisonnons sur des chiffres :

De nos 23 enfants à problème neurologique, six seront éliminés de l'adoption :

- Les deux jumelles C. et B. (N° 2 et 3) ont été observées pendant plus d'un an et pendant ce laps de temps ont subi un maternage intensif, des stimulations diverses, une rééducation motrice qui n'ont pas provoqué d'éveil satisfaisant ni amendé les graves troubles du tonus.
- C.Y. (N° 7) chez qui l'encéphalographie gazeuse amène à la découverte d'une dilatation ventriculaire globale faisant discuter d'une agénésie du corps calleux.
- B.V. (N° 8) pour graves troubles du tonus, rejets de la tête en arrière, phénomènes convulsifs et anomalies à l'Electroencéphalogramme.
- A.M. (N° 11) chez qui apparaîtra une hémiplégie droite.
- N.M. (N° 19) prématurée de 1 Kg 785 présentait un syndrome dysmorphique intéressant la face et les membres supérieurs, associé à un retard psychomoteur s'aggravant au cours des mois.

Les 17 autres enfants ont tous été adoptés avec de bons résultats. Les reculs sont variés : de 20 à 1 an. Les nouvelles données par les parents adoptifs sont toutes encourageantes. Tous se plaisent à vanter l'éveil et la turbulence de leurs enfants, ce qui est assez étonnant quand on suit mois après mois les appréciations souvent plus que nuancées sur leur comportement, soit en milieu hospitalier, soit en milieu de crèche.

Ces temps d'observation seront d'ailleurs de variables dans leur durée :

- P.D. (N° 1) est confié à ses futurs parents adoptifs à 2 ans, soit, très tardivement pour notre lot d'enfants, mais il n'avait été définitivement confié à l'œuvre

d'adoption par ses parents naturels qu'à l'âge de 16 mois, ce qui ne fait qu'une période probatoire de 8 mois.

- C.J. (N° 4) a été pris à son foyer adoptif à 16 mois. Les troubles moteurs de la toute première enfance demandant à être revus lors de l'installation de la marche, pour avoir une idée approximative sur les éventuelles séquelles qui ne seront fort heureusement pas observées.
- J.D.M. (N° 5) est adopté à 7 mois. On a donc patienté seulement 3 à 4 mois en raison des incidents périnataux qui obligeaient à une certaine réserve sur l'avenir.
- N.W. (N° 6) est adopté vers 8 mois.
- A.D. (N° 9) est adoptée à l'âge de 14 mois. Les inquiétudes avaient porté sur son petit poids de naissance : 2 Kg 050, les incidents périnataux (hémorragie méningée), un éveil peu satisfaisant, vraisemblablement majoré par une hospitalisation prolongée.
- J.N. (N° 10) qui avait subi une réanimation de 5 minutes à la naissance. Malgré les troubles moteurs importants des premiers mois, est confié à ses parents dès l'âge de 6 mois. Ils sont au courant des problèmes de l'enfant, le suivront très bien. Tout se normalisera par la suite.
- C.S. (N° 12) prématurée de 2 Kg 400 est adoptée à 4 mois.
- H.D. (N° 13) : A l'âge de 10 mois seulement. Les réflexes archaïques avaient été longs à disparaître ainsi qu'une certaine hypertonie.
- P.M. (N° 14) n'avait pas réellement inquiété, il est adopté à 4 mois.
- N.M.C. (N° 15) adoptée à 10 mois.
- D.C. (N° 16) adoptée à 7 mois en raison de retard psychomoteur qui se réparera en placement nourricier provisoire.
- O.C. (N° 17) est adoptée à 8 mois. On avait attendu en raison de raideurs assez inquiétantes.
- C.M. (N° 18) ancienne grande prématurée de 1 Kg 500 ne sera adoptée qu'après 1 an, le temps de constater la disparition du retard psychomoteur qui inquiétait particulièrement, en raison du petit poids de naissance.
- L.S. (N° 20) également grande prématurée dont l'examen clinique sera toujours satisfaisant sera adoptée à 7 mois.
- Chez G.L. (N° 21) le retard à l'adoption viendra en fait d'une décision d'abandon longue à obtenir. Ce n'est qu'à 2 ans qu'il a été confié à ses parents.

- Même chose pour M.B. (N° 22) chez qui un bilan en vue d'adoption ne sera entrepris qu'à l'âge de 3 ans 1/2. S'adaptant bien en placement nourricier particulièrement maternel, il sera adopté à 4 ans.
- N.M. (N° 23) ne nous est confiée qu'à 20 mois, elle pourra être adoptée à 2 ans.

On peut exclure de notre série les observations N° 1 — 21 — 22 et 23 où les retards à l'adoption provenaient des conditions défectueuses de l'abandon. Il est à noter justement que ces enfants sont tous nés, avant la loi de juillet 1966, exigeant qu'une décision soit prise par les parents naturels au 3^{ème} mois et visant à éviter que végètent, de placement en placement, des enfants, présumés abandonnés, mais pour lesquels auparavant aucune démarche d'adoption ne pouvait être entreprise.

Les autres enfants, soit 13, auront été adoptés entre 16 et 4 mois, 3 seulement ayant nécessité une observation longue ne permettant l'adoption qu'après 1 an et avant 1 an 1/2.

Enfin, une dernière remarque s'impose, même si dans sa franchise elle doit dévaloriser quelque peu la portée de ces observations, des 23 enfants que nous avons intitulés «neurologiques», aucun de ceux qui ont été adoptés ne présente plus actuellement de séquelles motrices. Pour tous, il s'agissait essentiellement de troubles psychomoteurs relevant de ce que l'on pourrait ranger sous le terme général d'hospitalisme, et aucun parent ne s'est plaint d'un trouble de la marche, d'une préhension difficile, de mouvements anormaux.

C'est justement les 6 enfants rejetés du cadre de l'adoption qui posaient ce genre de problèmes.

Sur nos 10 enfants chez lesquels on suspectait une cardiopathie, 1 seul a été écarté : S.D. (N° 25) qui était porteuse d'un canal atroventriculaire qui ne pouvait bénéficier d'aucun geste chirurgical capable de réparer la malformation.

Les autres ont pu être adoptés, 5 seront vraiment porteurs de cardiopathie détectée par la perception d'un souffle systolique.

Pour les observations N° 24, 26, 27, 28 et 29, il s'agira d'une communication inter-ventriculaire, chez deux enfants le diagnostic sera confirmé par cathétérisme. L'un enfin : C.D., N° 29, porteur tétralogie de Fallot, a déjà été opéré deux fois : une première à l'âge de 5 ans d'un Blaloch, puis à 8 ans a été pratiquée la chirurgie réparatrice pour laquelle on dispose maintenant d'un recul de 3 ans 1/2. Il va bien. Chez un enfant N° 37, un souffle systolique sera entendu les premiers mois et non retrouvé au moment de l'adoption à 5 mois.

Les trois autres enfants avaient juste posé des problèmes mineurs sans qu'il y ait de

signes sthétacoustiques : cyanose transitoire (N° 31 — 32), augmentation du volume cardiaque à examen radiographique (N° 30), on sait qu'il n'a pas grande valeur chez les nourrissons, le thymus d'une part, le temps respiratoire d'autre part, pouvant être responsables de nombreux artéfacts.

Les enfants porteurs d'affections entraînant un préjudice esthétique ont été adoptés sans problème, les parents savaient à quoi ils s'engageaient chez nos deux divisions palatines. Un programme opératoire leur a été confié, tous les deux ont déjà subi leur première intervention avec succès.

Quant à N.T. (N° 34), atteinte de cette aplasie cutanée très étendue, il s'agit d'un succès complet de cette adoption qui a été proposée à 1 an 1/2. Les parents avaient vu des photos, étaient allés voir l'enfant, ont réfléchi. Ils n'ont regretté à aucun moment leur décision. Cette enfant qui aurait pu rester un petit être morose et disgracieux au sein d'une collectivité, est le bout-entrain d'une famille de trois.

Des quatre enfants à handicap sensoriel possible, l'un est sourd (N° 40), ce dont on ne s'est pas aperçu avant la fin de la première année. Cette découverte douloureuse a été bien supportée par les parents. G.D. est l'aîné de deux enfants, l'équilibre familial est parfait.

Les trois autres pouvaient poser des problèmes de vision : L.S. (N° 39) de par son hérédité : mère atteinte d'aplasie chorioretinienne, mais l'enfant est indemne.

D.G. (N° 37) est aveugle, mais surtout présente de gros troubles psychomoteurs qui font rejeter l'adoption.

Au total de ces quatre enfants, l'un a été rejeté, un autre est sourd, bien accepté par les parents qui ont su ne pas tomber dans un excès de surprotection, écueil fréquent en présence d'un enfant handicapé. Les deux autres sont normaux.

Des enfants à sérologie positive peu de choses à dire, si ce n'est qu'il faut évidemment attendre que celle-ci se négative avant d'entreprendre l'adoption. Il ne s'agissait bien entendu, chez aucun de nos enfants, de syphilis congénitale avec ses graves lésions viscérales définitives, mais essentiellement de signes biologiques, pouvant d'ailleurs correspondre aussi bien à des anticorps maternels transmis, qu'à des anticorps fabriqués par le fœtus.

De toute façon, la position est la même : traiter, vérifier ensuite la sérologie à 3 mois de distance. Le problème se pose ensuite de la révélation aux parents. Il ne semble pas dans la plupart des cas qu'elle soit souhaitable, étant donné qu'il n'existera aucune séquelle qu'il n'y a aucune atteinte organique et que d'autre part la syphilis est encore revêtue aux yeux de nos contemporains d'un prestige maléfique et suppose tout un contexte de situations troubles qui pèseront sur l'enfant et que les parents adoptifs auront du mal à chasser de leur esprit.

Si nous nous résumons sur nos 49 enfants observés dans un laps de temps variable, 9 seulement auront été refusés :

- 6 pour des raisons neurologiques,
- 1 pour cardiopathie sévère inopérable,
- 1 pour troubles de la vue et troubles psychomoteurs,
- 1 pour aplasie rénale.

*

IV — CONCLUSION

Pour conclure, quelques idées générales sur ces adoptions limites pouvaient ressortir de notre cinquantaine d'observations.

Tout d'abord, en toute modestie, insistons sur la valeur limitée de nos appréciations cliniques en matière de neurologie fine. En dehors des encéphalopathies évidentes liées à des atteintes infectueuses au cours de la grossesse ou au traumatisme obstétrical, il est souvent difficile de trancher ce qui explique nos hésitations, les prolongements des durées d'observation, les examens répétés, les «réunions au sommet» de toutes les personnes s'occupant de l'enfant, tant est grave de conséquence le refus d'adoption.

Il n'est qu'à voir le développement rapide de l'enfant dans ce cadre familial tout en sachant faire la part de l'enthousiasme de ses nouveaux parents qui attendaient depuis, parfois, plusieurs années.

Il faut aussi remarquer que ce certificat autorisant l'adoption est une sorte de constat fait à un temps donné, qui ne peut totalement préjuger de l'avenir qu'une garantie à vie aurait d'ailleurs quelque chose de choquant, sorte de label de qualité supérieure.

Enfin, le choix des parents est cette fois-ci, encore plus capital. Ce n'est pas à n'importe quels parents que l'on peut confier un petit cardiaque ou un enfant qui posera peut-être des problèmes d'adaptation, d'éveil, de langage.

Par principe, on choisit des parents qui ne désirent pas a priori des performances scolaires ou même universitaires pour leurs enfants, qui ne verront pas comme une tare indigne d'eux une scolarité médiocre et sauront être heureux d'une orientation professionnelle plus manuelle qu'intellectuelle.

Des parents trop anxieux ne sont pas souhaitables, ils auraient tendance à protéger l'enfant qu'ils savent peut-être plus vulnérable. Mais une certaine fermeté n'exclut pas la tendresse qui doit être largement dispensée à ces enfants à la première enfance déjà mouvementée.

Il faut s'enquérir sérieusement de la motivation de l'adoption et (c'est le rôle de la consultation du psychiatre et de l'enquête de l'assistante sociale) savoir être en garde devant une trop grande générosité des parents désirant ou même réclamant un enfant «handicapé». Les décisions doivent être mûrement pesées de part et d'autre; la vocation d'héroïsme n'est pas ce que l'on demande à de futurs parents adoptants.

Il vaut mieux non plus ne pas confier ces enfants à des «parents débutants», à ceux qui voudraient trop bien faire, qui n'auraient aucune expérience. Et c'est la raison pour laquelle souvent les enfants dont nous avons parlé arrivent dans des foyers ayant déjà adopté un ou plusieurs enfants.

C'est en toute connaissance de cause qu'ils adoptent leur enfant lorsqu'il y a quelque chose d'organique à révéler. De toute façon le chantage sentimental est absolument proscrit, il n'est pas question du : «si vous ne l'adoptez pas, aucun foyer n'en prendra la charge» ce serait une faute du Médecin qui en quelque sorte se déchargerait de la responsabilité du certificat d'adoption sur les parents.

Quand il s'agit d'enfants handicapés et lorsqu'il n'est pas trop tard on essaie parfois de réintéresser la mère à son enfant et il est à noter que la fibre maternelle peut jouer dans ces cas. Cet enfant qu'elle abandonnait, sachant qu'il serait adopté et accueilli dans un foyer heureux qu'elle ne peut lui procurer, elle le reprendra peut-être si elle apprend qu'il restera en marge de la société et qu'aucune personne ne l'accueillera. Une mère, quelqu'elle soit, vaut mieux que pas de mère du tout. Un de nos enfants qui présentait des problèmes neurologiques et dont nous n'avons pas parlé a été ainsi repris par sa mère.

Cette modeste étude visait à montrer que l'adoption a été une réussite pour des enfants que, beaucoup, il y a quelques années, n'auraient peut-être pas osé proposer à l'adoption. Avec le mouvement des idées, la plus grande ouverture de couples qui sont réellement des couples, souffrant de ne pas être des foyers et rêvant d'en former, groupant plusieurs enfants, le nombre des parents adoptifs s'est accru tandis que diminuait celui des enfants à adopter.

C'est devant cette modification du «marché» avec des offres insuffisantes pour trop de demandes que l'on peut envisager petit à petit de faire accéder à l'adoption des enfants pour lesquels existe un handicap quelconque.

Ces quelques observations visaient à montrer que les résultats pouvaient encourager et, qu'avec beaucoup de tendresse, il est de moins en moins d'enfants inadoptionnables.

Vu le Doyen

Vu le Président de Thèse



Vu et permis d'imprimer

*Le Recteur de l'Académie
de Paris*

R. MALLET

A large, stylized handwritten signature in dark ink, which appears to read "R. Mallet". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

BIBLIOGRAPHIE

ALLIEZ J. et JAUR J.

Incidences médicales et psychologiques de l'adoption à propos d'une série de cas difficiles.

Sauvegarde de l'Enfance — Mai 1951 — pp. 366 - 378.

BEAVEN Paul W.

Adoption of handicaped children

Pediatrics — Juin 1956 — Vol. 17 N° 6 p. 970.

HEUYER G., DESCLAUX P. et TESSEYRE J.

Étude de 130 cas de situations difficiles au cas de l'adoption.

Sauvegarde — N° 5 — Mai 1951 — pp. 357 - 366.

HUMPHREY M. and OUNSTED C.

Familles adoptives pour lesquelles on demande un avis psychiatrique — I - Les enfants — II - Les parents.

Brit. J. Psychiat. — Sept. 1963 — 109 — N° 462 — pp. 599 - 608 et Juillet 1964 — 110 — N° 467 — pp. 549 - 555.

KAHN Margaret

Adoption of children with problems.

Child Welfare — Oct. 1949.

KORNITZER M.

Child Adoption in the modern world.

Putman Edit. — Londres — 1959.

KOUPERNIK C.

Aspects médicaux et psychologiques de l'adoption.

Concours Médical — 7 Juillet 1962 — 84 — N° 27 — pp. 4115 et 4119.

LAUNAY Cl.

- *Le médecin et les problèmes posés par l'adoption*
Le Nourrisson — N° 2 — Avril-Mai 1952 — pp. 45 - 50.
- *Problèmes pédiatriques posés par l'adoption*
La Presse Médicale — N° 75 — Nov. 1951 — pp. 1585 - 1589.
- *L'Adoption*
Encyclopédie Méd. Chir. Pédiatrie. — 1966
- *Problèmes actuels posés par l'adoption*
PM 19.10.1968 — N° 76-39 — pp. 1879 - 1882.

LAUNAY Cl., SOULE M., VEIL S.

L'Adoption. Données Médicales Psychologiques et Sociales.

Les Éditions Sociales Françaises.

OLIVIER Camille

Adopter un enfant

Vol. 1965 — Calmann-Lévy.

SOULE M., MEYER B., WEYL S.

La sélection des enfants adoptifs

Informations Sociales — Déc. 1958 — N° 11 — pp. 27 - 57.

SOULE M., NOEL J., BOUCHARD F.

La sélection des parents adoptifs.

Informations Sociales — Déc. 1958 — N° 11 — pp. 58 - 132.

TAFT Ruth

Adoptive families for «inadaptable» children

Child Welfare New-York — 1953 — 32 — N° 6 — June pp. 5 - 9

